ICTÈRE PUERPÉRAL

PAR

LE DOCTEUR E. HERVIEUX,
Médecin de la Maternité.

Extrait de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,
année 1867.



Paris. — Imprimé par E. Thunot et Cᵉ, rue Racine, 26.

ICTÈRE PUERPÉRAL.

On peut rencontrer dans l'état puerpéral deux espèces très-distinctes d'ictère : l'un protopathique, essentiel, et qui s'observe chez les femmes grosses; l'autre secondaire et symptomatique de l'empoisonnement puerpéral, et particulier aux femmes en couches.

ICTÈRE PUERPÉRAL DEUTÉROPATHIQUE.

Les faits que je vais rapporter se rattachent à cette deuxième espèce d'ictère puerpéral. Ils serviront à jeter quelque lumière dans une question qui n'a point été jusqu'à ce jour dégagée des obscurités qui l'enveloppent.

PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE; ICTÈRE DEUTÉROPATHIQUE; MORT; AUTOPSIE; EXAMEN MICROSCOPIQUE DU FOIE ET DE DIVERS ORGANES.

Obs. I. — Femme Boulanger, 34 ans, multipare, originaire de Rennes, habite Paris depuis un an. Cette femme dit avoir été atteinte d'une fièvre typhoïde, mais elle ne sait au juste à quel âge, et avoir eu des palpitations pendant deux ans, à la suite de cette maladie. Dans le cours de sa dernière grossesse, elle eut une constipation assez intense, et de l'œdème aux membres inférieurs, mais sans trace d'albumine dans l'urine. Elle accoucha naturellement, le 13 juin 1866, d'un garçon pesant 2,920 grammes.

Le lendemain, 14, le pouls était à 72, le ventre souple et indolent.

15 juin. Pouls à 76; peau modérément chaude; infiltration des grandes lèvres. Une éraillure située à la partie inférieure de la vulve commence à se couvrir d'eschares.

16 juin. Pouls a 86; langue blanche, peau chaude. Sept garde-robes en diarrhée.

17. Pouls à 86; langue blanche, diarrhée, lochies fétides.

Le soir, pouls à 106; peau chaude, langue sale, douleurs dans la région hypogastrique; six garde-robe en diarrhée.

18 juin. Peau chaude; pouls à 112; langue blanche; douleurs abdominales généralisées, avec retentissement dans les lombes et le dos.

19. Commencement d'ictère sur la face et le tronc; coloration jaune des conjonctives et de la muqueuse buccale. Pouls à 126; chaleur à la peau; respiration à 34; expression d'inquiétude et de souffrance; météorisme abdominal, diarrhée, vomissements bilieux, lochies peu abondantes, d'un gris rougeâtre et très-fétides; guérison des eschares vulvaires; pulvérulence des narines; état général grave.

20 juin. L'ictère s'est généralisé en se prononçant davantage à la face, au tronc et sur les muqueuses; pouls à 126; respiration à 34; chaleur brûlante à la peau; langue rouge et sèche. Augmentation du météorisme abdominal; pas de sensibilité à la pression, ainsi que cela a presque toujours lieu dans la péritonite des femmes en couches, quand la tension des parois abdominales est très-grande. Diarrhée; lochies assez abondantes et fétides; vomissement des boissons.

Dans la soirée, l'état de la malade s'est considérablement aggravé. Elle succombe le lendemain 21 juin, à six heures du matin.

Autopsie. — Les téguments ont conservé la teinte ictérique observée pendant la vie. A l'ouverture de l'abdomen, issue d'une quantité considérable de sérosité jaune mêlée de flocons pseudo-membraneux également jaunes. Pus épais d'un jaune ictérique accumulé dans le petit bassin avec mélange de flocons jaunes. Fausses membranes sur l'utérus, les ligaments larges, les ovaires, les intestins, le foie et la rate. Ces deux derniers organes en sont littéralement couverts. Utérus volumineux mesurant 16 centimètres sur 14. Col noirâtre, tuméfié, ramolli, déchiré à son pourtour, comme éraillé sur plusieurs points de sa circonférence. Muqueuse utérine ramollie, se détachant aisément par le râclage, et baignée par une sanie noirâtre comme de la suie, fétide, mais d'odeur non gangréneuse. Cotylédons utérins noirs, ramollis, imprégnés de la même sanie. Tissu utérin de couleur jaunâtre, mais pas nacré comme à l'ordinaire, moins consistant et criant moins sous le scalpel qu'à l'état normal. Au niveau de l'insertion de chaque ligament large, et notamment dans la portion qui correspond à l'ovaire, foyer purulent, du volume d'une grosse noix, ayant aminci l'utérus en ce point, de telle sorte que la face interne n'en est séparée que par une faible épaisseur de tissu. Ovaires rougeâtres, ramollis, sans traces de pus, parsemés de petits foyers sanguins dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une lentille.

Le foie examiné au microscope par M. Cornil a présenté les altérations suivantes :

Coloration jaune rougeâtre du tissu examiné à l'œil nu. Ramollissement; le tissu ne se soutient pas. Au microscope, infiltration des éléments du foie par le pigment biliaire. La plupart des cellules présentent en outre des granulations graisseuses. Presque toutes ces cellules ont deux noyaux. La multiplication des noyaux a été rapportée par Virchow à une sorte d'inflammation parenchymateuse, non pas à une hépatite pure, mais à une altération nutritive. Selon Virchow, cet état précède la dégénérescence graisseuse.

La bile était d'un vert noirâtre très-foncé, très-épaisse, consistante, visqueuse.

Les reins ictériques contenaient du pus dans les calices et les bassinets. La vessie renfermait aussi un pus jaune évidemment coloré par le pigment biliaire. La rate, couleur lie de vin, est ramollie.

Les poumons un peu engoués à leur base. Quelques adhérences pleurétiques entre les lobes et sur les parois thoraciques, mais sans épanchement aucun. Le cœur très-petit; l'endocarde violacé. L'aorte d'un rouge de carmin depuis son origine jusqu'à la naissance des artères iliaques. Examinée au microscope, elle a montré l'absence totale de vascularisation. Il y avait imbibition pure et simple, ce qui s'explique par la présence des caillots sanguins noirs contenus dans le vaisseau et sur une grande étendue. La dure-mère et l'arachnoïde présentaient une teinte jaunâtre. Le cerveau exempt de toute congestion et de toute altération.

Cette observation démontre que l'ictère est une des complications possibles de la péritonite puerpérale. Il ne s'agit pas dans ce cas, non plus que dans ceux qui vont suivre, d'un pseudo-ictère, d'une teinte subictérique analogue à celle que l'on observe dans certains états graves, tels que l'infection purulente. Il s'agit d'un ictère vrai, manifesté non-seulement par les phénomènes observés pendant la vie, mais encore par diverses particularités de l'examen cadavérique. On a vu en effet que la peau, ainsi que les muqueuses accessibles à la vue, étaient le siége d'une coloration d'un jaune foncé, coloration que nous avons pu constater encore sur toute la surface tégumentaire au moment de l'autopsie. On se rappelle que les produits de sécrétion épanchés dans la cavité abdominale participaient d'une manière très-frappante à cette coloration ictérique, que le foie et les reins étaient jaunis par le pigment biliaire, et que nous avons retrouvé cette teinte safranée jusque dans les membranes d'enveloppe de l'encéphale.

Je m'empresse d'ajouter que le foie n'avait pas diminué de volume,

et que, si son tissu offrait un certain degré de ramollissement, si ses éléments étaient infiltrés par le pigment biliaire, si la plupart des cellules, ainsi que l'examen microscopique l'a prouvé à M. Cornil, contenaient chacune deux noyaux, ce qui serait, selon Virchow, l'indice d'un commencement de dégénérescence graisseuse, d'une autre part on n'a observé aucun des caractères propres à l'atrophie aiguë du foie.

J'appelle l'attention sur cette circonstance anatomique parce que, indépendamment des conditions spéciales dans lesquelles apparaît la variété d'ictère que nous considérons, elle servira à distinguer cet ictère deutéropathique de l'ictère primitif qu'on rencontre dans l'état puerpéral et notamment chez les femmes grosses.

L'observation suivante confirmera la plupart des données fournies par le fait précédent.

MÉTRO-PÉRITONITE ET OVARITE PURULENTE; ICTÈRE DEUTÉROPATHIQUE; MORT; AUTOPSIE.

Obs. II. — Fille Lemaire, 23 ans, primipare, originaire d'Amiens, habitait la campagne et travaillait aux champs à Saint-Cloud depuis quinze mois, où elle était cuisinière. Bonne santé habituelle; jamais de maladies graves; pas d'accidents pendant la grossesse. Accouchée le 30 décembre 1862 d'une fille vivante, au terme de huit mois, et pesant 2,650 grammes.

Délivrance naturelle. Rien de particulier à noter jusqu'au 8 janvier 1863. A cette époque on constate de la fièvre, des douleurs abdominales, de la diarrhée, de l'ictère.

Tous ces symptômes vont en s'aggravant jusqu'au 13 janvier où nous trouvons la malade dans l'état suivant: ictère intense, coloration jaune des conjonctives et de la muqueuse gingivo-buccale; chaleur vive à la peau; pouls à 128, langue blanche, un peu poisseuse; ventre médiocrement développé; sensibilité utérine très-vive à la plus légère pression; diarrhée; pas de vomissements; respiration accélérée; pas de toux ni d'expectoration; soif très-vive; sentiment de courbature et d'endolorissement des membres. Pas de frissons antérieurs.

14 janvier. L'ictère a fait de nouveaux progrès; l'intensité de la coloration jaune a augmenté à la face, sur le tronc, sur les membres et sur les muqueuses accessibles à la vue. La sécrétion lactée a pris elle-même une teinte ictérique. Le volume du foie reste sans augmentation ni diminution appréciables. Même sensibilité du ventre; langue sèche, rouge, comme vernissée; respiration fréquente, voix altérée, abatte-

ment extrême, chaleur brûlante à la peau ; pouls fort, tendu, développé à 120 ; évacuations diarrhéiques involontaires ; insomnie. L'exploration de l'urine par l'acide nitrique a donné une couleur verte très-prononcée.

15 janvier. Progression croissante de l'intensité de l'ictère. La coloration de la peau est devenue safranée ; elle présente son maximum d'intensité à la face et sur les conjonctives ; 60 respirations ; pouls petit, concentré, insaisissable par moments, à 130 ; refroidissement des extrémités et de la muqueuse buccale ; hier soir et cette nuit deux épistaxis très-abondantes. Ventre peu développé ; la malade dit n'y ressentir aucune douleur, même à la pression ; elle se plaint de souffrir toujours dans les jointures ; parole difficile, embarrassée ; prostration excessive ; intelligence conservée ; ni convulsions ni délire. Diarrhée persistante.

Tous ces symptômes s'aggravent après la visite ; le refroidissement s'est étendu des extrémités à la peau du tronc, et la malade succombe à onze heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre issue d'une quantité considérable (deux à trois litres environ) de sérosité trouble, jaune orangé, mélangée de pus et de fausses membranes, surtout dans le petit bassin. Le grand épiploon descend à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; il est fortement injecté. Des arborisations d'un rouge violacé, bleuâtre, verticalement dirigées, le parcourent dans toute son étendue. Les anses intestinales sont agglutinées par une matière gommeuse et poisseuse ; elles sont soudées les unes aux autres par tous les points de leur circonférence, de manière à former une masse serrée, compacte et devenue presque fixe, au lieu de présenter cette souplesse, cette indépendance, cette mobilité, cette sorte de fluidité qui constitue un de ses caractères physiologiques. De plus, ces anses, au lieu d'être arrondies, cylindriques et convexes à leur partie antérieure, sont aplaties, nivelées et pour ainsi dire taillées carrément ; elles présentent, elles aussi, une teinte jaune, manifestement ictérique. Il en était de même des fausses membranes disséminées à la surface du foie et de la rate ; elles étaient, elles aussi, jaunies par l'ictère.

Utérus volumineux, de couleur terne, grisâtre, ardoisée. Les canaux veineux qui parcourent le corps de cet organe sont tous remplis de pus. Le col ramolli, noirâtre, fortement ecchymosé, n'offre aucune trace de suppuration. Les trompes sont pleines d'un liquide mucoso-purulent, les ligaments larges considérablement hypertrophiés et d'une épaisseur de 1 à 2 centimètres environ. Les deux ovaires, considérés à l'extérieur, offraient sur la presque totalité de leur périphérie, un cinquième excepté, l'aspect d'un corps ovoïde noirâtre. Cette coloration était due à

la présence d'une couche de sang noir coagulé évidemment située à sa surface; car l'incision de l'ovaire a montré que cette couche n'avait pas plus de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. Dans chacun des deux ovaires, il existait en outre deux petits foyers purulents du volume d'un gros pois environ. Ces foyers étaient formés par un pus concret qui ne s'échappait pas après l'incision, comme si la partie liquide eût été absorbée. Le reste du tissu ovarique était sain. Les deux ovaires avaient contracté adhérence avec les anses intestinales voisines.

Le foie avait son volume normal, mais il présentait cette particularité que la couche la plus superficielle de la glande offrait une couleur ardoisée d'un vert bleuâtre; cette couche avait partout 2 millimètres d'épaisseur environ. Le reste du parenchyme hépatique avait une coloration d'un jaune rougeâtre, était bien granitée, avait sa consistance normale, ses vaisseaux et ses conduits parfaitement perméables. Les cellules du foie étaient infiltrées de pigment biliaire. La vésicule était petite et renfermait une bile épaisse, sirupeuse, d'un noir rougeâtre, tirant sur le jaune, comparable à de la mélasse.

La rate était comme le foie, ardoisée à sa surface dans une épaisseur de 2 millimètres environ. Le reste de son tissu était sain et d'un rouge amaranthe très-vif. J'ai déjà eu occasion de rencontrer plusieurs fois cette altération de couleur de la couche superficielle des organes hépatique et splénique; altération coïncidant toujours avec la présence de néo-membranes à la surface de ces viscères. Y a-t-il là un effet cadavérique ou pathologique? Je l'ignore; mais la coïncidence de la péritonite diaphragmatique avec l'altération que je signale est un fait que j'ai eu bien des fois occasion de rencontrer.

Reins ictériques et anémiés; le droit plus petit que le gauche.

L'estomac avait subi une certaine ampliation; il contenait un ver lombric et une masse de matière rouge noirâtre évidemment constituée par du sang concret.

Volume du cœur normal; paroi du ventricule gauche en apparence hypertrophiée, mais simplement contractée sous l'influence du froid (nous étions au mois de janvier). Les poumons sains.

Toute la surface tégumentaire, les conjonctives et la muqueuse buccale offraient encore la teinte ictérique au degré le plus prononcé.

Dans ce dernier cas comme dans le précédent, la réalité de l'ictère a été symptomatiquement et cadavériquement démontrée. Pendant la vie, nous avons pu suivre les progrès de la coloration ictérique depuis le premier jour de son apparition jusqu'au moment de la mort. L'aspect de la peau et des muqueuses, et l'exploration de l'urine par

l'acide nitrique d'une part, la constatation de l'état ictérique de certains organes, tels que le foie, les reins, les tuniques intestinales, et même des produits de l'inflammation péritonéale, sérosité, pus et fausses membranes, démontrent jusqu'à l'évidence qu'il s'agissait bien là du passage de la matière colorante de la bile dans le sang.

Mais ce qu'il importe de faire remarquer en même temps, c'est que l'ictére n'a été, dans les deux cas que nous venons de rapporter, qu'un phénomène secondaire, une manifestation sans importance, un symptôme qui est resté étranger non-seulement à la terminaison funeste, mais aux accidents graves qui ont amené et précipité cette terminaison.

Cette manière de voir sera facilement acceptée en ce qui concerne notre première observation, parce que l'ictère ne s'est montré qu'à la dernière période de l'affection métro-péritonéale, alors que celle-ci avait déjà fait assez de ravages pour rendre la catastrophe inévitable.

Relativement à la dernière observation, on serait peut-être en droit de révoquer en doute l'innocuité de l'ictère, 1° en raison de l'époque de son apparition, celui-ci s'étant manifesté à très-peu de chose près en même temps que les premiers symptômes de la métro-péritonite et ayant suivi comme cette dernière une progression ascendante jusqu'à la mort; 2° en raison des deux épistaxis survenues, l'une la veille, l'autre le jour même de l'issue fatale; 3° enfin, en raison de la présence du coagulum sanguin trouvé à l'autopsie dans la cavité de l'estomac.

Toutefois j'appellerai l'attention du lecteur sur ce point, qu'à part les épistaxis, tous les symptômes observés pendant la vie appartenaient, non pas à l'ictère grave, mais à la métro-péritonite puerpérale, que les hémorrhagies des muqueuses sont loin d'être rares dans cette dernière maladie, et qu'enfin l'on peut expliquer l'existence d'un caillot sanguin dans l'estomac, non pas par une exhalation sanguine fournie par le foie ou la muqueuse gastrique, mais plutôt par le passage du sang des fosses nasales dans la cavité stomacale.

Cette indépendance de l'ictère deutéropathique, relativement aux accidents puerpéraux et au dénouement fâcheux qu'ils amènent, me paraît également établie par l'observation suivante :

PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE ET ICTÈRE.

Obs. III. — Fouratier, primipare, 28 ans, cuisinière, originaire du

Berry, à Paris depuis deux mois. Pas de maladies graves antérieures, pas d'accidents pendant la grossesse.

Accouchée naturellement le 17 novembre 1863 à la Maternité. Etat satisfaisant jusqu'au 22. — A dater de ce jour jusqu'au 26, quelques petits frissons, un peu de diarrhée, et de temps à autre un peu de sensibilité abdominale. Dans la nuit du 25 au 26, grande agitation; la malade, désireuse d'abandonner son enfant et trouvant qu'on ne le lui enlevait pas assez tôt, avait été prise d'insomnie, de délire, de mouvements désordonnés; deux fois elle s'était levée en proie à des hallucinations toutes relatives à son enfant.

Dans la soirée du 26 survient un grand frisson d'une demi-heure, avec tremblement des membres et claquement de dents.

27 novembre. Expression de souffrance; teinte ictérique de la peau très-manifeste à la face, sur la muqueuse buccale et sur les conjonctives, moins prononcée sur le tronc. L'urine traitée par l'acide nitrique prend une teinte verte très-accusée. Ventre modérément développé, mais très-sensible à la pression. Il est aussi le siége de douleurs spontanées qui arrachent des plaintes presque continuelles à la malade; chaleur vive à la peau, pouls à 130, petit et faible; diarrhée et vomissements verts.

28. L'ictère a considérablement augmenté; la face et les conjonctives sont d'un jaune foncé, les gencives et toute la muqueuse gingivo-buccale apparaissent non moins jaunes quand on refoule le sang par une pression énergique. L'intensité de la coloration ictérique s'est accrue dans la même proportion sur le tronc et les membres. Les doigts, quoique refroidis et violacés par l'approche de la mort, ont subi très-notablement l'influence de la suffusion du pigment biliaire dans toutes les parties du corps. L'urine verdit et se fonce encore plus que la veille par l'acide nitrique. Pouls presque imperceptible; refroidissement de la face, de la langue et des extrémités; immobilité dans le décubitus dorsal, yeux convulsés en haut, indifférence et insensibilité à toutes les stimulations extérieures; respiration haute, précipitée à 60; mort imminente.

La malade succombe le même jour à neuf heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, issue d'une quantité énorme de liquide louche jaune, mêlé de flocons purulents et pseudo-membraneux semblables à une crème mal prise. Le petit bassin est rempli de ce pus et de ces fausses membranes. La périphérie du foie et de la rate en est entièrement tapissée. La face interne de l'utérus présente sur tous ses points une couche de liquide rouge noirâtre semblable, pour l'aspect et la consistance, à de la gelée de groseille déjà ancienne, et qui n'est en réalité que du sang exhalé par la paroi utérine. Du reste, pas

trace de pus, ni dans l'utérus dont le tissu nacré a conservé sa blancheur, sa fermeté et ses caractères physiologiques, ni dans les ligaments larges qui sont souples et indemnes de toute lésion, même à leur insertion sur la matrice, ni enfin dans les trompes et les ovaires. Foie de volume ordinaire, mais ramolli et d'une couleur jaune très-vive exactement comparable à celle du pain d'épice. Le ramollissement de l'organe nous a paru devoir être attribué à l'action du liquide contenu dans la cavité abdominale. Quant à la couleur spéciale du tissu hépatique, elle reconnaissait pour cause l'infiltration générale des cellules du foie par le pigment biliaire. La vésicule biliaire, très-pâle à l'extérieur, ne contenait qu'un liquide séreux, limpide et d'un jaune clair. Rien dans la rate. Poumons congestionnés dans la plus grande partie de leur étendue. Plèvres intactes. Cœur et gros vaisseaux sains. Le cerveau et ses membranes, d'une intégrité d'ailleurs parfaite, étaient légèrement colorés en jaune par l'ictère.

On serait peut-être tenté d'attribuer l'ictère à la commotion morale qu'avait déterminée, chez la malheureuse femme dont nous venons d'esquisser l'observation, l'idée d'abandonner son enfant. En présence des effets que nous voyons journellement se produire chez les femmes en couches, sous l'influence de cette cause puissante, il nous serait difficile de répudier complétement cette étiologie dans le cas particulier. Toutefois si, en se reportant à l'observation, on remarque que, avant l'apparition de l'ictère, la malade éprouvait depuis quatre jours des frissons, de la diarrhée et des douleurs abdominales, on inclinera peut-être à penser que la péritonite commençante révélée par ces symptômes a peut-être eu une part plus large encore dans la production de l'ictère.

Rappelons-nous en effet que dans les deux observations précédentes l'ictère n'était qu'une complication, une dépendance, pour ainsi dire, de la péritonite généralisée, et que dans ce troisième cas l'ictère n'est apparu qu'avec un redoublement, une exaspération considérable des symptômes péritonitiques; que par conséquent, les choses s'étant passées comme dans les cas précédents, il y a lieu d'admettre la même filiation de ces deux accidents puerpéraux : péritonite et ictère, et en dernière analyse, la subordination pathogénique de l'ictère par rapport à la péritonite.

Une autre considération déduite de l'anatomie pathologique me porte à admettre cette subordination, au moins pour les trois cas

que je viens de rapporter. On a remarqué qu'à l'autopsie nous avons trouvé la périphérie du foie, aussi bien d'ailleurs que celle de la rate, entièrement tapissée par les néomembranes péritonitiques. Chez la malade qui fait le sujet de la seconde observation, on a même pu voir qu'il existait en plus une altération de couleur très-prononcée de la couche superficielle de la glande hépatique dans une épaisseur de 2 millimètres environ, teinte ardoisée ou d'un bronze verdâtre qui tranchait sur la couleur jaune rougeâtre du reste de l'organe. Eh bien! n'est-il pas admissible que l'extension de la péritonite à la portion de séreuse qui enveloppe le foie ait pu jouer un rôle important dans le développement des accidents ictériques? Ne peut-on pas supposer que cette phlegmasie de la séreuse périhépatique a dû jeter quelque perturbation dans les fonctions des organes destinés à la sécrétion et à l'excrétion de la bile?

Je ne prétends pas dire pour cela que tous les ictères deutéropathiques des femmes en couches relèvent d'une péritonite périhépatique ; j'ai même acquis plusieurs fois la preuve que l'ictère vrai pouvait ressortir à d'autres affections puerpérales telles que la phlébite, l'infection purulente, la pneumonie; mais la circonstance que je signale m'a paru assez fréquente pour mériter d'être prise en quelque considération.

On trouvera dans mon travail sur les péritonites puerpérales aiguës partielles (Bull. de thérap. 1866) une observation de péritonite diaphragmatique avec ictère, observation dans laquelle l'inflammation de la séreuse périhépatique ne semble pas être restée étrangère à la manifestation de la jaunisse.

Ces faits d'ictère deutéropathique ne sont pas les seuls qui existent dans la science.

En compulsant la clinique de M. Andral, j'y ai rencontré une observation de duodénite avec ictère chez une femme qui succomba aux suites d'une péritonite aiguë puerpérale. Voici le fait :

Obs. IV. — Une femme de 29 ans accouche facilement et promptement d'un enfant à terme. Immédiatement après l'accouchement, perte abondante qui est combattue par des applications de glace sur l'hypogastre et du suc de citron porté sur le col utérin. Les lochies coulent comme de coutume.

Le quatrième jour, sans cause connue, toute espèce d'écoulement

se supprime, et l'abdomen devient le siége de vives douleurs. Le lendemain, cinquième jour, cette femme entre à la Charité. Abdomen fortement ballonné, très-douloureux à la pression; respiration accélérée sans toux ni expectoration; pouls petit et fréquent; peau chaude et sèche; langue naturelle. Pas de selles depuis deux jours : ni nausées ni vomissements. Face pâle, altérée; abattement profond. D'ailleurs, on ne sent aucune tumeur au-dessus du pubis, et le col utérin peut être touché sans douleur. (Vingt sangsues et lavements émollients.) Toutes les fois que la malade essaye de prendre de l'huile de ricin, elle la vomit. Dans la journée, elle s'affaisse de plus en plus; une teinte jaune se répand sur la figure, et dans la matinée du sixième jour l'ictère est très-prononcé. Abdomen toujours ballonné et douloureux; prostration de plus en plus grande.

Mort dans la soirée six jours après l'accouchement et trois jours après l'invasion des douleurs abdominales. Peu d'heures avant la mort, tuméfaction du ventre très-considérable; dans toute l'étendue de la paroi antérieure, il résonnait comme un tambour.

Autopsie. — Abdomen ballonné comme pendant la vie. En incisant les parois, on pique une anse intestinale et une grande quantité de gaz s'échappe avec bruit du tube digestif. Entre les intestins étaient accumulées des masses blanches albumineuses qui les unissaient et ne présentaient d'ailleurs encore aucune trace d'organisation. Un pus blanc et épais remplissait l'excavation du petit bassin. Une vive injection colorait en beaucoup de points le tissu cellulaire sous-péritonéal; la surface interne de l'estomac était pâle, mais une forte rougeur existait dans tout le duodénum. De petits vaisseaux rampaient en grand nombre dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la totalité de l'intestin grêle et du cœcum; le reste du gros intestin était blanc et rempli de matières fécales dures. Le foie n'offrait, soit dans ses canaux, soit dans son parenchyme, aucune altération appréciable. L'utérus, revenu sur lui-même, ne dépassant pas le pubis, offrait une assez ample cavité à surface interne rougeâtre. Rien dans le thorax et le crâne.

Il y avait dans le duodénum une inflammation d'autant plus remarquable qu'elle coïncidait avec l'existence d'un ictère, sans lésion appréciable dans le foie. Les premières traces de cet ictère apparurent à la suite des vomissements que provoqua l'huile de ricin. Le médicament fut-il vomi parce qu'il y avait déjà duodénite antécédente, qui, exaspérée par lui, se propagea aux canaux biliaires et produisit l'ictère, ou bien fut-il la première cause de l'inflammation du duodénum? La duodénite ne contribua peut-être pas peu à produire la prostration extrême dans laquelle la malade tomba tout à coup et au milieu de laquelle elle succomba. (Andral, *Clin. méd.*, t. II, p. 576.)

Déjà Marjolin père, à l'article *Métrite puerpérale* du *Dictionnaire en trente vol.* (p. 237, t. XXX), avait signalé l'ictère chez les femmes en couches parmi les signes les plus remarquables de la suppuration utérine.

Voici comment s'exprime M. Béhier sur l'ictère puerpéral :

« L'ictère, dit-il, a été donné comme un signe d'un pronostic très-grave; il y a ici une distinction importante à établir. Oui, l'ictère est très-grave quand il survient un certain temps après l'accouchement, après des frissons non douteux, parce qu'il peut faire redouter le développement d'abcès métastatiques du foie volumineux et très-multipliés; mais quand il date des derniers jours de la grossesse et qu'il est antérieur à la couche, il n'emporte guère par lui-même l'idée d'un état grave; c'est un ictère simple auquel, sans trop le négliger, il ne faut attacher qu'une importance secondaire. » (*Clin. méd.*, p. 534.)

Le même auteur a relaté dans sa *Clinique* plusieurs observations d'affections puerpérales graves chez les femmes en couches, affections dans le cours desquelles a été noté un ictère général plus ou moins intense.

Dans l'un de ces cas on constata à l'autopsie une péritonite généralisée, une phlébite diphthéritique des veines et sinus utérins et une ovarite suppurée (obs. XXV, p. 654).

Dans un autre cas l'autopsie révéla une phlébite du plexus pampiniforme et du col utérin, une ovarite purulente, la diffluence et le ramollissement du foie, deux abcès métastatiques à la base de chaque poumon (obs. XXXV, p. 677).

Le troisième cas est relatif à un ictère avec vomissements bilieux, diarrhée, dyspnée, frissons répétés et prolongés, le tout terminé par la guérison (obs. XLI).

Enfin, à l'article *Hyperémie miasmatique*, Frerichs rapporte le cas d'une femme de 38 ans, accouchée pour la douzième fois le 10 janvier 1856 et morte dans le délire au bout de dix jours, après avoir présenté des symptômes de péritonite et d'ictère.

A l'autopsie on trouva les lésions de la péritonite purulente et un ramollissement hémorrhagique du foie avec extravasation sanguine sous son enveloppe péritonéale. Voici la description que l'auteur allemand donne de la lésion hépatique :

Foie augmenté de volume, pesant 2,300 grammes; forme sans chan-

gement appréciable; flasque et mou; quelques points du lobe droit et du lobe carré en consistance de bouillie. Sous l'enveloppe séreuse on remarque de nombreuses extravasations sanguines du volume d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à celui d'une pièce de cinq francs. Sur le bord externe du lobe droit, l'enveloppe de l'organe soulevée dans l'étendue de plus d'un pouce et demi forme une poche flasque remplie d'un liquide sanguinolent. Le parenchyme de la glande renferme par places de nombreux épanchements sanguins plus ou moins volumineux. Ce parenchyme est d'un rouge jaune et présente un aspect lobulé manifeste. Ailleurs il est rouge brun. Une grande quantité de liquide séreux et sanguinolent s'écoule des surfaces de section, surtout des veines formant les vaisseaux marginaux des lobules du foie. Les cellules sont bien conservées au centre des lobules; à leur pourtour elles sont mélangées de détritus et de noyaux libres; beaucoup d'entre elles contiennent des gouttelettes graisseuses. On ne trouve qu'une très-petite quantité de pigment en grains ou diffus. Il n'existe dans les voies biliaires qu'une petite quantité de mucus d'un jaune pâle et dans la vésicule qu'un peu de bile épaisse brun verdâtre sans albumine.

Frerichs croit donc, dans ce cas, au même processus pathologique que celui qui dans la grossesse détermine l'hépatite diffuse et l'atrophie aiguë du foie. Il nous paraît difficile d'admettre l'opinion du célèbre professeur en présence des différences si tranchées qui séparent, soit au point de vue symptomatique, soit même au point de vue anatomique, l'ictère deutéropathique des femmes en couches de l'ictère primitif des femmes en grossesse, comme nous le verrons bientôt.

De l'ensemble des documents et observations que nous venons de rassembler, on peut déduire les propositions suivantes :

1° L'ictère deutéropathique des femmes en couches est un ictère vrai qui ne saurait être confondu ni avec la pâleur blafarde et légèrement jaunâtre des malades arrivées à la période ultime des affections puerpérales graves, ni avec la teinte subictérique des femmes atteintes d'infection purulente, ni avec l'apparence particulière que prend la peau dans la chlorose et l'anémie, ni avec la couleur jaune paille engendrée par les maladies cancéreuses, etc. Dans ces différents états pathologiques on n'observe pas, en effet, comme dans l'ictère que nous étudions, les caractères propres à la jaunisse

franche. On se rappelle que chez toutes les malades dont nous avons retracé l'histoire, nous avons constaté l'intensité progressivement croissante de la coloration jaune, laquelle s'étendait à tout le tégument externe, s'accusait vivement sur la conjonctive et atteignait toute la muqueuse buccale; que l'urine verdissait plus ou moins fortement par l'acide nitrique; que les cellules du foie étaient plus ou moins infiltrées de pigment biliaire; que les reins étaient plus ou moins chargés de cette matière colorante, et enfin que les produits de sécrétion des diverses séreuses et spécialement du péritoine, et même certains viscères, tels que l'intestin, le cœur, les poumons, les méninges, participaient dans une proportion plus ou moins notable à la coloration ictérique.

2° C'est habituellement à une période avancée de la maladie puerpérale qu'il complique, qu'apparaît l'ictère deutéropathique des femmes en couches. Je l'ai vu cependant se manifester dès le début de cette maladie. Tardif ou non, il ne paraît exercer aucune influence sérieuse sur la marche de l'affection puerpérale, et malgré son intensité progressivement croissante jusqu'au terme fatal, je suis très-porté à croire qu'il n'entre que pour une bien faible part, si tant est qu'il y soit pour quelque chose, dans l'issue funeste, et voici les motifs sur lesquels s'appuie cette manière de voir.

D'abord je n'ai pas remarqué que les allures de la maladie puerpérale aiguë, à laquelle succombent en pareil cas les femmes en couches, présentassent rien de spécial, et qu'on dût attribuer à la coexistence de l'ictère. En second lieu aucun des symptômes propres à l'ictère primitif, malin, des femmes grosses ou des femmes en couches n'a été relevé par nous soit dans nos observations personnelles, soit dans celles des auteurs que nous avons cités. Il est bien vrai que chez l'une de nos malades il y a eu, dans les douze dernières heures qui ont précédé la mort deux épistaxis, dont nous avons trouvé, lors de l'autopsie, la trace dans l'estomac. Il est encore vrai que l'examen cadavérique a révélé chez la malade de Frerichs un ramollissement hémorrhagique du foie avec extravasation sanguine sous son enveloppe péritonéale. Mais est-ce bien à l'ictère que ressortissent ces hémorrhagies? Ne pourrait-on pas les rapporter tout aussi bien à l'état adynamique produit dans les deux cas par la péritonite purulente? Et puis enfin, en admettant que dans ces deux cas l'ictère eût été la cause des hémorrhagies mentionnées, n'est-il pas constant

que d'une part il ne s'est affirmé ni par les convulsions ni par le coma, qui surviennent toujours dans l'ictère ataxique, et que, d'autre part, il ne pouvait être responsable des accidents mortels préalablement engendrés par la péritonite?

3° Dans la plupart des cas que j'ai mis sous les yeux du lecteur, la péritonite purulente généralisée a été la maladie primitive, initiale, dans le cours de laquelle est intervenue l'ictère. Mais cette règle n'est pas absolue. On a vu en effet que dans l'une des observations empruntées à M. Béhier, l'ictère était apparu comme complication d'une phlébite avec infection purulente. Je ferai remarquer ici en passant que, pour expliquer l'ictère vrai lorsqu'il complique l'infection purulente des femmes en couches, il n'est pas nécessaire, comme on l'a dit, qu'il existe des abcès volumineux et très-multipliés dans le foie. L'ictère peut se produire alors, et se produit généralement par de tout autres causes que par cette cause mécanique. Sous l'influence de l'intoxication soit purulente, soit putride, des femmes en couches, le tissu hépatique subit dans toutes ses parties des modifications assez profondes et assez graves pour qu'il soit inutile de recourir à l'interprétation dont nous parlons. Qu'on veuille bien se reporter aux résultats de l'examen cadavérique et l'on verra que, si le foie a généralement conservé son volume normal, il avait souvent perdu une partie de sa consistance; il y avait ramollissement et diffluence de l'organe dans une des observations de M. Béhier. Dans toutes celles qui me sont propres il y avait infiltration des éléments du foie par le pigment biliaire. La plupart des cellules présentaient en outre des granulations graisseuses. Dans l'un de ces faits, M. Cornil a noté cette multiplication des noyaux rapportée par Virchow à une inflammation parenchymateuse. Enfin je rappellerai que Frerichs avait constaté chez sa malade une destruction commençante des cellules hépatiques sur les bords des lobules, leur état gras et leur imbibition par un exsudat liquide.

Est-il besoin de rappeler ici que, dans tous les cas où la péritonite a été assez générale pour devenir diaphragmatique, l'inflammation de la séreuse périhépatique a bien pu se transmettre par voie de contiguïté à la couche superficielle du parenchyme de la glande, et provoquer par ce seul fait l'apparition de l'ictère.

Il n'est pas impossible que les commotions morales, qui jouent d'ordinaire un rôle si important dans la pathogénie des affections

hépatiques, aient eu chez quelques-unes de nos malades leur part d'influence dans la manifestation de l'ictère. L'une d'elles surtout avait été si vivement possédée du désir d'abandonner son enfant et s'était agitée à tel point qu'il est naturel de penser que cette cause n'est pas restée étrangère à la production de la jaunisse. Mais j'ai peine à croire pourtant que ce soit là le mode pathogénique le plus commun de l'ictère deutéropathique des femmes en couches. N'est-il pas plus légitime d'admettre qu'un degré plus élevé dans cette altération du foie qui est si commune dans les affections graves des femmes en couches et notamment dans la phlébite utérine et la péritonite généralisée, suffit pour déterminer les troubles fonctionnels qui donnent lieu à la production de l'ictère?

Le rôle très-secondaire que joue la jaunisse dans les maladies puerpérales graves, son indépendance plus ou moins complète des accidents qui amènent l'issue fatale, l'époque habituellement tardive à laquelle se montre cette espèce d'ictère, nous dispensent de nous occuper ici des indications thérapeutiques.

ICTÈRE PUERPÉRAL PRIMITIF (ICTÈRE DES FEMMES GROSSES, ICTÈRE GRAVIDIQUE DE BAUMES.)

En regard de l'ictère deutéropathique, nous allons placer l'histoire de l'ictère puerpéral primitif ou protopathique, qu'on peut appeler aussi ictère des *femmes grosses*, bien qu'il existe des cas que nous ferons connaître d'ictère protopathique chez des femmes récemment accouchées.

L'ictère puerpéral primitif peut être sporadique ou épidémique. Dans les deux cas il revêt trois formes principales que nous étudierons ultérieurement : la forme bénigne, la forme abortive, la forme maligne ou ataxique. Ces dernières divisions sont empruntées à l'important mémoire de notre excellent et distingué confrère, M. le docteur Bardinet (de Limoges), mémoire que nous aurons bien des fois occasion de citer dans le cours de ce travail.

L'ictère primitif sporadique avait appelé depuis longtemps l'attention des observateurs, mais on le considérait comme un fait dénué d'importance.

Joseph Frank établit que les femmes enceintes sont sujettes à la jaunisse : 1° aussitôt après la conception par suite d'une altération, qu'il est impossible de définir, de la part du système nerveux et

peut-être du sang; 2° vers le troisième mois par suite d'un état pléthorique général; 3° vers la fin de la gestation, par suite de la pression exercée sur les viscères abdominaux, et surtout sur l'appareil biliaire par le développement de l'utérus.

A l'article *Ictère* du *Dictionnaire des sciences médicales* (t. XXIII, p. 432), Villeneuve s'exprime ainsi : « Dans les derniers mois de la grossesse, la matrice acquiert chez certaines femmes un volume très-considérable relativement à la capacité de leur abdomen. Il se fait un refoulement, une pression des viscères abdominaux vers le diaphragme, d'où résulte une difficulté plus ou moins grande à l'écoulement dans le duodénum de la bile sécrétée par le foie ou contenue dans la vésicule biliaire et par suite un état de jaunisse. Nous admettons aussi avec Sauvages, Portal et autres, que cette sorte de jaunisse tient encore à la pléthore sanguine ou bilieuse du foie qui peut dépendre elle-même soit de la suppression des menstrues, soit de la difficulté dans la circulation du sang de la veine-porte, soit enfin de l'augmentation ou du nouveau mode d'action qui survient dans tous les viscères abdominaux par suite de l'orgasme où se trouve l'utérus pendant la gestation.

L'observation suivante vient à l'appui de l'opinion qui attribue à la pléthore la jaunisse qui survient dans les premiers mois de la grossesse. « Une dame fut atteinte d'ictère au troisième mois de la conception. On le dissipa par les délayants, les bains et deux saignées qui d'ailleurs étaient indiquées par un pouls plein, fréquent et des bouffées de chaleur au visage, et par de légères douleurs dans les lombes et la région épigastrique. »

Le paragraphe suivant a été consacré à l'ictère des femmes enceintes, par L. Ch. Roche, dans l'article *Ictère* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (t. X, p. 332) : « On voit quelquefois l'ictère survenir dans le cours de la grossesse, sans qu'on puisse le rattacher à aucune cause; on le voit ensuite se dissiper seul et d'une manière spontanée avant comme après l'accouchement. Cet ictère, dont il est difficile de concevoir le mode de développement, ne réclame en général aucun traitement particulier. La saignée du bras contribue puissamment à le faire disparaître. On peut y joindre l'emploi des moyens indiqués contre l'ictère nerveux. *Cette maladie n'offre jamais de gravité.* »

Les quelques lignes où Ferrus, dans l'article *Ictère* du *Diction-*

naire en 30 volumes (t. XVI, p. 199), parle de la jaunisse des femmes enceintes, sont la reproduction exacte de ce qui a été dit par Villeneuve sur le même sujet.

Le *Traité des accouchements* de Burns (ENCYCLOP. DES SC. MÉD., 1839, 91ᵉ livrais., p. 169) contient un article spécial où l'auteur s'exprime ainsi : « La jaunisse des femmes enceintes est liée à un état morbide du canal alimentaire. Cette maladie paraît à une époque peu avancée de la grossesse, et est précédée de symptômes dyspeptiques qui augmentent généralement lorsque la jaunisse paraît. Dans quelques cas la teinte est très-légère et disparaît bientôt. Dans d'autres, la couleur jaune est marquée et dure longtemps, et le trouble de l'estomac et des intestins est considérable.

« Les émétiques et les autres remèdes violents que l'on emploie quelquefois pour guérir la jaunisse, ne conviennent pas dans ce cas-ci et dans toutes les circonstances, lorsque les jeunes femmes mariées sont atteintes de jaunisse, nous devons être réservés dans nos prescriptions. De petites doses de pilules cuivrées, jointes à des laxatifs, et ensuite une légère infusion amère, sont les remèdes convenables, et en général la maladie disparaît. La jaunisse peut aussi survenir à la fin de la grossesse, et dans ce cas elle provient le plus souvent de la pression exercée sur le conduit cystique. Quelquefois cependant elle dépend d'une maladie du foie lui-même, laquelle peut arriver à toutes les époques de la grossesse, et est marquée par les symptômes ordinaires. Dans ce cas le danger est très-grand et ne peut être détourné qu'en prenant de sages mesures pour faire disparaître la maladie hépatique. »

Les deux dernières phrases du passage que je viens de citer sont dignes d'attention, en ce sens qu'elles signalent la gravité possible de l'ictère des femmes enceintes, gravité qui ne semblait avoir été entrevue jusque-là par aucun auteur.

Certains auteurs modernes, parmi lesquels nous citerons M. Grisolle, n'ont pas connaissance de ces cas d'ictère grave chez les femmes grosses. « J'ai fréquemment rencontré, dit ce professeur distingué, l'ictère simple chez les femmes grosses ou chez celles qui allaitaient ; jamais je ne l'ai vu exercer d'action fâcheuse ni sur l'enfant ni sur la mère. » (*Traité de pathol.*, t. II, art. *Ictère.*)

Les auteurs du *Compendium*, MM. Monneret et Fleury, se bornent à révoquer en doute les causes auxquelles on avait attribué jusque-

là l'ictère gravidique : « Le développement de l'utérus et la compression qu'il exerce sur le foie dans les derniers mois de la grossesse, ont été considérés comme cause d'ictère chez plusieurs femmes. Il en est de même de la distension de l'estomac et des gros intestins par des matières fécales accumulées ; il faut de nouveaux faits pour mettre hors de doute ces causes d'ictère. »

Dans leur *Traité de pathologie*, MM. Hardy et Béhier expriment l'opinion suivante : « Quant à l'ictère des femmes enceintes, le mécanisme de sa production est le même que celui de l'ictère ordinaire, et on doit le considérer comme le résultat de la rétention de la bile qui détermine la compression des canaux excréteurs par l'utérus développé. »

On se rappelle un passage cité plus haut par nous de la clinique de M. Béhier, dans lequel ce clinicien disait que, sans le trop négliger, il ne fallait attribuer qu'une importance secondaire à l'ictère des femmes enceintes.

Cazeaux, dans son *Traité d'accouchements* (7e édit. 1866, p. 440), dit avoir observé plusieurs cas d'ictère simple qui n'ont été pour les femmes qu'une simple indisposition et n'ont en rien troublé la marche de la grossesse. Il admet cependant, sur la foi de quelques médecins, une forme grave de l'ictère des femmes grosses. Il est rare, selon lui, qu'elle ne produise pas l'avortement, et rare aussi que ce dernier ne soit pas suivi de la mort de la mère. Quant à l'enfant, son expulsion prématurée compromettrait singulièrement sa vie future. Dans aucun des cas observés par Cazeaux, le fœtus n'a offert de teinte ictérique, bien que l'eau de l'amnios fût plus ou moins colorée.

Selon Churchill, les jaunisses des femmes grosses sont presque toujours fort simples. Cependant la jaunisse, liée à l'inflammation du foie, peut devenir fatale à la mère. (*Traité prat. des mal. des femmes*, traduct. de Wieland et Dubrisay, 1866, p. 772.)

Le docteur Davis a rapporté deux exemples de jaunisse pendant la grossesse. L'une des malades était mariée et avoua son état; l'autre ne l'était pas et cachait qu'elle fût enceinte.

La première malade fut admise à l'hôpital, et l'on crut à une fièvre tierce pour laquelle on prescrivit le quinquina. Ce médicament échoua et produisit des vomissements et un avortement. Deux jours après la jaunisse avait disparu ; la malade était au cinquième mois de sa grossesse.

L'autre femme fut traitée activement par le médecin qui lui donna plusieurs émétiques. Une partie de l'œuf vint à la suite des vomissements, et il y eut même une perte considérable. Elle se décida alors à avouer qu'elle était enceinte. Les émétiques furent mis de côté et l'on donna des lavements calmants. La jaunisse disparut, et quelque jours après la malade termina son avortement. (Davis, *Obstétr. méd.*, t. II, p. 862).

Le docteur Imbert, cité par Churchill, dit avoir vu une jaunisse chez uue femme de 40 ans qui en était à son neuvième enfant et au deuxième mois de sa grossesse. Le foie dépassait de trois largeurs de doigt le bord inférieur des côtes. Pendant quatre jours, cette femme eut une légère atteinte de fièvre, puis les seins se distendirent, la sécrétion lactée s'établit, la jaunisse disparut entièrement, et quinze jours après cette femme avait repris ses occupations ordinaires, bien que le foie continuât à être hypertrophié. (Churchill, *loc. cit.* p. 772.)

Ozanam, cité par Cazeaux, rapporte trois observations intéressantes par leur terminaison : une jeune primipare, enceinte de cinq mois et demi, était malade depuis cinq jours d'ictère très-simple lorsqu'elle entra à l'hôpital ; trois jours après elle avorta. Une autre, enceinte de sept mois et demi, avorta également cinq jours après le début d'un ictère simple. Aucun des enfants n'offrit de teinte ictérique. Les deux mères guérirent. Une autre femme, enceinte de six mois, mourut avant d'avorter. (Cazeaux, *loc. cit.*, p. 440.)

Un cas d'avortement suivi de mort a été observé à Paris par le docteur Fouruier, chez une femme grosse atteinte d'ictère. (Cazeaux, *loc. cit.* p. 440.)

Les docteurs O'Donovan et Montgomery ont fait connaître des cas de coma mortels à la suite de l'ictère puerpéral. Dans l'un de ces cas, la malade accoucha dans l'état comateux et mourut deux jours après. L'autopsie fit connaître qu'elle était atteinte d'hydropisie et de tubercules dans le foie. (Montgomery, DUBLIN, HOSPITAL GAZETTE, 15 mars 1857, p. 68.)

Churchill a vu un cas mortel au quatrième mois de la grossesse dans la semaine qui suivit le début de la jaunisse. Outre la coloration jaune, les symptômes principaux étaient des vomissements et des nausées incessants et une agitation perpétuelle. Il est à remarquer que dans les grossesses précédentes cette femme n'avait jamais eu ni nausées ni vomissements, et bien que cette complicationt eût été

pour elle une cause d'accroissement de douleurs, il n'y a pas lieu de penser que la mort dût être attribuée aux vomissements. (*Malad. des femmes*, p. 773.)

Le MONITEUR DES HÔPITAUX du 30 mars 1858 mentionne l'observation suivante due à M. Machelard : « Une jeune femme, enceinte de huit mois avait eu un ictère à la suite d'une émotion vive. L'ictère s'accompagna d'un peu de malaise et fut suivi, quarante-huit heures après son début, d'un accouchement prématuré dont les suites ne présentèrent rien de particulier. »

Les membres de la Société du troisième arrondissement, à laquelle cette communication avait été faite, déclarèrent n'avoir observé aucun fait de ce genre. MM. Perrin, Gimelle, Fontès, Nicolas, Roy, Ameuille et Caron citaient, au contraire, des cas qui n'avaient troublé en rien le cours de la grossesse.

Dans son *Traité des maladies des femmes* (1860), Bedford ne parle que très-incidemment de l'ictère chez les femmes enceintes. Il connaît cependant la gravité de cette complication, car il dit à propos d'une de ses malades atteinte de jaunisse : « Cette femme est enceinte de sept mois; elle est par conséquent bien plus menacée de danger tant pour elle que pour son enfant, si l'on ne s'empresse de remédier à son état. Le péril se présente sous deux aspects : l'état convulsif et l'état comateux. Prescription : sel d'Epsom, ipéca, mercuriaux à doses altérantes. »

Le 12 février 1862, M. Woillez faisait à la Société des hôpitaux la communication suivante :

« J'ai observé, en 1860, à Lariboissière une malade âgée de 25 ans, domestique. C'était une fille robuste, affectée depuis plusieurs jours seulement d'un ictère coïncidant avec un ensemble de phénomènes dont le début et l'évolution antérieure ne purent être bien précisés. Cette malade était, en effet, arrivée la veille en état de délire, et lorsque nous la vîmes, elle était dans un coma qui ne céda qu'à la mort.

« Lors de mon premier examen, il existait un ictère généralisé très-intense, avec chaleur, sécheresse de la peau; pouls petit et très-fréquent, et coma profond dont aucune excitation ne pouvait tirer la malade. Aucune matité n'existait au niveau de l'hypochondre droit qui rendait un son clair se confondant avec celui des intestins et des poumons. L'urine, extraite de la vessie avec la sonde et traitée par la chaleur et l'acide nitrique, ne contenait pas d'albumine.

« La mort survint dans les quarante-huit heures, et à l'autopsie je

constatai que le foie présentait une étendue transversale de 24 centimètres et une hauteur de 0m,16 et n'avait que 4 centimètres d'épaisseur. Son poids n'était que de 675 grammes. Sa couleur était d'un jaune rougeâtre beaucoup plus pâle au niveau du lobe gauche; sa surface marbrée de taches jaunes et comme piquetée de petites et nombreuses vésicules emphysémateuses entourées d'une aréole jaune. Son tissu, beaucoup plus mou qu'à l'état normal, n'offrait à l'examen microscopique aucune cellule hépatique reconnaissable, mais principalement des granulations moléculaires et des globules graisseux. La rate avait la coloration normale, 0m,115 de longueur, 0m,07 de largeur, et 0m,02 d'épaisseur. Les reins, volumineux (0m,12 de longueur sur 0m,08 de largeur et 0m,03 d'épaisseur), présentaient à la coupe un aspect marbré résultant du mélange d'anémie et d'hyperémie qui caractérise la lésion de la maladie de Bright à son dernier degré.

« Cette femme était enceinte. Le fœtus, d'environ sept mois, était à moitié passé dans l'excavation pelvienne par suite d'un travail de parturition effectué probablement dans les derniers temps de la vie. »

Wirchow a observé l'ictère chez une femme enceinte, chez laquelle un lobe du foie et la vésicule étaient refoulés en haut et disposés de telle manière que, par suite de la tension des conduits, il y avait eu stase de la bile. (*Gesammelte Abhandlungen*, p. 757.)

Frerichs, dans le passage de son livre qu'il consacre à l'ictère des femmes, enceintes s'exprime ainsi :

« Pendant la grossesse et sous son influence, il se produit deux formes d'ictère différant l'une de l'autre par leurs symptômes et leur terminaison. L'une est simple et bénigne, l'autre accompagnée de lésions profondes du parenchyme hépatique et se termine sans exception par la mort.

« La première se montre le plus souvent pendant les premiers mois de la grossesse; elle est causée par la compression qu'exercent sur les canaux biliaires l'utérus amplifié ou les matières fécales accumulées, compression qui s'oppose au libre écoulement de la sécrétion. Parfois, l'ictère qui apparaît dans les premières périodes de la grossesse a pour cause un catarrhe des conduits hépatiques, ou bien une émotion vive. Cette forme simple de l'ictère reste sans conséquence; elle disparaît avec la grossesse, lors même qu'elle n'a pas cédé plus tôt aux moyens évacuants.

« La deuxième forme s'accompagne dans sa marche de troubles nerveux graves, et d'après ce qu'on a pu constater jusqu'ici, elle dépend

de l'atrophie aiguë du foie, suite d'une inflammation parenchymateuse de l'organe ; en même temps on trouve ordinairement les reins malades. » (*Maladies du foie*, 1866 ; traduction de MM. Louis Dumesnil et Pellagot, p. 174.)

Frerichs rapporte en outre quatre observations d'ictère pendant la grossesse, observations dont nous donnerons ici une analyse très-sommaire.

Obs. I. — 33 ans, multipare, longues émotions antérieures. Accès répétés de lumbago dans le septième mois de la grossesse. Symptômes dits de catarrhe gastrique : vomissements de matières muqueuses, constipation, pas de fièvre, puis ictère, douleurs dans les hypocondres, augmentation de volume du foie et de la rate. Céphalalgie, agitation, délire, somnolence, dilatation des pupilles, mouvements convulsifs, fièvre intense, évacuations involontaires, sueurs. Mort, quatre jours après l'invasion de l'ictère. Avortement. Sortie du fœtus en présentation du siége. Autopsie : atrophie aiguë du foie, destruction complète des cellules, productions cristallines dans le parenchyme et dans le sang des veines du foie, gonflement de la rate.

Obs. II. — 24 ans, constitution robuste, embonpoint, fraîcheur. Septième mois de grossesse. Symptômes dits de catarrhe aigu de l'estomac : perte d'appétit, constipation ; céphalalgie, tristesse, abattement. Quelques jours après, ictère, vomissements d'un liquide sale, délire, agitation, mouvements désordonnés. Pupilles normales, contraction de l'iris un peu lente. Sensibilité sur l'épigastre et les deux hypochondres. Les jours suivants, l'agitation augmente, vociférations, jactitation, pouls à 112 ; respiration stertoreuse à 26. Accouchement d'un fœtus mort qui ne porte aucune trace d'ictère. Hémorrhagie utérine. L'excitation s'apaise. Coma ; constipation. Composition particulière de l'urine, sueur visqueuse. Mort trois jours après le début de l'ictère. A l'autopsie, atrophie aiguë du foie, hémorrhagie dans le tube intestinal, sur la muqueuse des voies aériennes, ecchymoses sous l'épicarde, etc.

Obs. III. — 35 ans, constitution robuste, bonne santé antérieure, accouchement heureux cinq ans auparavant. Septième mois d'une seconde grossesse. Prodromes : fatigue et pression au creux de l'estomac. Début par un frisson violent, vives douleurs de tête, perte d'appétit, coloration ictérique de la face. Quatre jours après, fièvre intense, faiblesse extrême, agitation, céphalalgie, vomissements alimentaires, constipation et météorisme du ventre. Nuit sans sommeil et gémissements bruyants. Le lendemain, expulsion d'un fœtus de six mois sans trace aucune d'ictère. Pendant l'accouchement, frisson intense, hémorrhagie,

vomissements; de temps en temps, hauts cris. Le soir, coma, vomissements noirs, pétéchies, pas de garde-robes; pouls à 104; stertor. Deux jours plus tard, mort avec les symptômes d'un œdème aigu des poumons et huit jours après l'apparition de l'ictère. A l'autopsie, atrophie aiguë du foie; rate petite, dégénérescence graisseuse des reins; urine riche en leucine et en tyrosine; urée dans le sang.

Obs. IV. — 40 ans; grossesse datant de cinq mois. Début de la maladie par de violentes douleurs de tête; vertige, abattement. Dix jours après, frisson intense, fièvre, céphalalgie, vomissements bilieux. Quatre jours plus tard, céphalalgie, pâleur, pouls à 120. Tuméfaction et sensibilité de l'épigastre et de la région du foie, gonflement de la rate; puis ictère léger, albuminurie, selles bilieuses; guérison.

Nous terminerons cet exposé historique de l'ictère sporadique des femmes grosses par un résumé succinct des trois observations que M. Caradec (Arch. de méd., 1863, 6e série, t. I, p. 289) a fait connaître dans son travail sur ce sujet.

Obs. I. — 25 ans, forte constitution; tempérament nerveux, irritable. Multipare. Convulsions lors de la première grossesse. Trois ans après, nouvelle grossesse, au septième mois de laquelle survient un ictère consécutif à un violent accès de colère. Apaisement des accidents et réapparition de l'ictère au neuvième mois de la grossesse. A cette époque, céphalalgie, agitation, congestion du foie, fièvre, soubresauts des tendons, convulsions, stupeur, fixité du regard, pupilles dilatées, tête portée en arrière; puis diminution des forces, sueur visqueuse, embarras de la respiration, persistance des convulsions. Accouchement d'un garçon mort-né quelques minutes avant la mort.

Obs. II. — 19 ans, bonne constitution; caractère violent et emporté; grande impressionnabilité. Crises d'hystérie à 15 ans. Mariée à 18. Primipare. Sixième mois de grossesse. Ictère avec céphalalgie, malaise, inappétence, nausées, vomissements bilieux, éréthisme nerveux et fièvre. Pas de congestion du foie; amendement des accidents. Au bout de trois semaines, réapparition de l'ictère; ecchymoses aux membres inférieurs; pouls à 110, agitation, soif vive, vomissements; point d'albumine dans l'urine. Vésicule biliaire très-développée. Deux jours après, convulsions; pupilles dilatées, œil fixe, pouls de moins en moins sensible, respiration suspirieuse. Accouchement, quelques instants avant la mort, d'un enfant qui n'a pas survécu.

Obs. III. — Multipare, mère de six enfants, 42 ans. Bonne santé jus-

qu'à la dernière couche qui s'est compliquée d'éclampsie albuminurique. Depuis cette époque, faiblesse et anémie. Cinquième mois d'une septième grossesse : douleurs à la région gastro-hépatique; sentiment de gêne et de fatigue, engourdissements et fourmillements dans le bras, céphalalgie violente. Ictère. Pupilles dilatées, vue trouble, bouche amère, langue saburrale, pouls à 97, voix faible, respiration précipitée. Somnolence alternant avec un état d'excitation. Constipation; urines rares, albumineuses; engorgement du foie. Plus tard, selles et vomissements bilieux; œdème des membres; coma. Accouchement naturel d'une fille qui succombe au bout d'une heure. Guérison prompte.

M. Caradec, à propos de ces faits, nous apprend que, dans les premiers jours d'avril 1859, le docteur F. Daniel fut appelé à donner des soins à une femme Ladion qui, à la suite d'une émotion vive, fut prise d'ictère au septième mois de sa grossesse. Sous l'influence d'un traitement convenable (quel traitement?) la malade allait mieux; l'accouchement se termina le 26 avril par le venue d'un garçon; mais l'ictère n'en persista pas moins, et la malade succomba le 7 mai.

Le frère de M. Louis Caradec, le docteur Th. Caradec, aurait été appelé peu de temps auparavant par madame Copillat, sage-femme, pour donner ses soins à une nouvelle accouchée de trois jours, atteinte d'ictère grave, qui l'avait jetée dans un état complet de prostration; elle succomba le lendemain.

Tous les documents qui viennent d'être produits se rapportent à l'ictère sporadique des femmes enceintes. Il nous reste, pour compléter ce long historique, à consigner ici les faits relatifs à la forme épidémique de cet ictère.

Quatre épidémies d'ictère chez les femmes grosses ont été mentionnées jusqu'à ce jour : 1° l'épidémie de Ludenscheid ou du Palatinat en 1749, rapportée par Kerksig; 2° l'épidémie de Roubaix observée en 1852 par M. Carpentier; 3° l'épidémie de Saint-Pierre de la Martinique, en 1858, décrite, d'une part, par M. Douillé, chirurgien de marine, dans une thèse soutenue à Montpellier le 25 mars 1861, et ayant pour titre : *Quelques mots sur l'ictère;* d'autre part, par M. Saint-Vel. (Gaz. des hôpitaux, 20 novembre 1862.)

Épidémie du Palatinat. -- L'épidémie générale du Palatinat fut bénigne; sur 70 malades, un seul mourut. Mais elle est remarquable en ce qu'elle est la première dans laquelle on dit que les femmes enceintes aient été spécialement atteintes. Sur 5 femmes grosses qui

furent affectées de la maladie régnante, 3 avortèrent, et 2 de ces dernières furent prises de fièvre trois jours après leur accouchement. A cette fièvre se joignit du délire, puis le coma, et la mort s'ensuivit.

Épidémie de Roubaix. — L'épidémie de Roubaix a été signalée dans un travail publié par M. Carpentier, en 1854, dans la Revue méd.-chirurg. de Paris, p. 268. L'auteur dit avoir recueilli onze observations, mais il n'en rapporte que quatre. Il aurait remarqué que toutes les femmes qui accouchaient dans le cours de cette maladie succombaient un ou deux jours après au milieu des phénomènes cérébraux les plus graves. Voici les quatre observations de M. Carpentier :

Obs. I. — Le 9 mai 1852, Marie Verœghe, douée d'une bonne santé et arrivée au septième mois de la grossesse, se promenait sur la place de Roubaix avec son enfant âgé de 4 ans. C'était un jour de fête. Tout à coup elle s'aperçoit que son fils avait disparu de la foule. Cette femme, en proie à la plus vive émotion, se met à la recherche de son enfant qu'elle ne retrouve que trois heures après. Le lendemain, malaise général qui l'oblige à s'aliter. Le surlendemain, teinte ictérique de la face et des conjonctives. Le 12 au soir, douleurs de l'enfantement. Une partie de la nuit se passe dans l'assoupissement. Le matin, délire, perte de connaissance, aggravation des symptômes et mort le soir à dix heures.

Obs. II. — Julie Deltour, enceinte de huit mois, a éprouvé quelques chagrins domestiques pendant sa grossesse. Survient une jaunisse. Accouchement et heureuse délivrance. Dort bien toute la nuit. Le lendemain soir, ce sommeil calme n'était que fle l'assoupissement. Délire et perte de connaissance. Mâchoires serrées, yeux fortement convulsés, respiration légèrement stertoreuse. Mort dans la nuit avec tous les symptômes de l'encéphalite.

Obs. III. — 18 septembre 1853. Marie Duthoit. Jaunisse depuis cinq jours. Septième mois do grossesse. Délivrance netuelle. Sommeil profond toute la nuit. La malade ne reconnaît plus personne le lendemain matin et ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. Aggravation des accidents et mort la nuit suivante au milieu de symptômes cérébraux.

Obs. IV. — Célestine Sayard, primipare, enceinte de huit mois, avait un violent chagrin depuis quinze jours. Jaunisse bien caractérisée; marche chancelante comme dans l'ivresse. Saignée. Gonflement de tout le corps et notamment de la face et des pieds. Teinte ictérique des con-

jonctives et des ailes du nez; urines jaunâtres; tendance au sommeil; il fallait presser la malade pour en obtenir une réponse. Accouchement. Sangsues aux apophyses mastoïdes. Le matin, la malade était sans connaissance et expirait la nuit suivante après une terrible agonie.

Épidémie de Saint-Pierre de la Martinique. — En 1858, le docteur Saint-Vel a décrit une épidémie de jaunisse à l'île de la Martinique, épidémie qui sévit spécialement sur les femmes grosses. Il n'y eut qu'une forme grave, toujours la même, toujours mortelle, la forme comateuse.

Sur 30 femmes enceintes atteintes d'ictère à Saint-Pierre, 10 seulement arrivèrent au terme de la grossesse sans autres symptômes que ceux de l'ictère essentiel. Les 20 autres succombèrent dans le coma après l'avortement ou l'accouchement prématuré. Le coma n'avait lieu que quinze jours, et plus rarement trois semaines, après le début de l'ictère. Il précédait ou suivait de quelques heures l'avortement. Il ne se montra dans deux cas que trois jours après.

Les femmes qui y succombèrent étaient enceintes de quatre, cinq, six, sept et huit mois. Rarement un délire léger précédait le coma, qui ne s'interrompait pas un instant, devenait de plus en plus profond et ne cessait qu'avec la vie. Sa durée n'était que de quelques heures. Dans deux cas il persista vingt-quatre et trente-six heures. Jusqu'à son début, aucune particularité à noter relativement à la sensibilité générale, à la respiration et à la circulation. Le pouls ne présentait ni accélération ni ralentissement notables. A une exception près, pas d'hémorrhagie utérine, même après la délivrance. Quand la mort n'arriva que trois ou quatre jours après, les lochies étaient normales.

Presque tous les enfants venus au monde dans ces conditions étaient mort-nés; quelques-uns vécurent un petit nombre d'heures; un seul a survécu et vit encore. Aucun ne présenta la coloration ictérique. Chez les dix autres enfants qui naquirent à terme et dont les mères étaient ictériques, il n'y avait non plus aucun signe de maladie (Saint-Vel, Gazette des hôpitaux, 20 nov. 1862).

Selon M. Douillé, cette même épidémie aurait succcessivement envahi toutes les Antilles. Ce chirurgien a vu à l'hôpital militaire, dans l'espace de cinq mois, environ 42 cas d'ictère, tous d'une bénignité excessive. « Il nous serait impossible, dit M. Douillé, de donner le chiffre exact des ictériques dans la population civile pendant cette

longue période de six mois; mais le nombre en a été considérable. Tous les hommes atteints ont présenté cette bénignité dont nous parlions tout à l'heure. Les femmes seules ont offert des cas dont la mort a été la terminaison. 20 femmes ont succombé; 2 seules n'étaient pas enceintes. Chez les femmes grosses, l'avortement survenait dans le plus grand nombre des cas, comme avant-coureur d'une mort certaine. Lorsque l'avortement avait lieu, elles étaient déjà dans la somnolence. Le degré de la grossesse variait entre cinq et sept mois. 2 enfants sur 18 sont venus au monde vivants; l'un à sept mois a survécu à sa mère; l'autre à six mois est mort vingt-quatre heures après sa naissance. »

Bien qu'il n'y ait pas concordance parfaite entre les chiffres de M. Douillé et ceux de M. de Saint-Vel, les résultats généraux restent sensiblement les mêmes dans les deux relations de cette épidémie.

Épidémie de Limoges. — Un résumé succint de l'histoire de cette épidémie a été communiqué par M. Bardinet à l'Académie de médecine (séance du 3 novembre 1863) et publié dans l'Union médicale (numéro du 5 novembre 1863). Bien que ce résumé fût assez développé pour donner une idée très-nette de l'épidémie, comme il avait fallu en supprimer les observations, il m'aurait été impossible d'en prendre connaissance et d'en faire profiter le public médical, sans la gracieuse obligeance du savant directeur de l'École de médecine de Limoges, qui a bien voulu mettre à ma disposition le volumineux et remarquable travail où ces faits sont consignés. Je ne donnerai ici que la substance de ces faits, qui sont au nombre de 14, et divisés en trois catégories.

CAS D'ICTÈRE SIMPLE OU BÉNIN.

Obs. I. — Madame C..., primipare, est atteinte d'ictère à six mois et demi. Cette maladie n'exerce aucune influence appréciable sur la grossesse, qui suit régulièrement son cours et se termine par un accouchement heureux.

Obs. II et III. — La sage-femme en chef de la Maternité de Limoges aurait vu en ville deux femmes dont l'ictère n'a pas troublé la grossesse.

Obs. IV. — Madame P... 30 ans, ayant eu trois enfants, est prise d'ictère *dix jours* avant le terme de son accouchement. Quoique la jaunisse soit très-forte, la grossesse suit son cours naturel et n'est troublée par aucun accident. L'enfant n'a pas eu la jaunisse.

Obs. V. — Madame Maurice P..., 37 ans, septième enfant. L'ictère ne s'est montré qu'après l'accouchement, le lendemain du jour où s'est faite la montée du lait. La coloration jaune a été très-intense; il y a eu de grands maux de tête et de fréquentes envies de vomir. La jaunisse a duré plus d'un mois. Il n'est pas survenu d'accidents ataxiques. La malade s'est très-bien rétablie. L'enfant n'a pas eu la jaunisse.

CAS D'ICTÈRE ABORTIF SANS SUITES FACHEUSES.

Obs. VI. — Madame B..., jeune et belle femme, enceinte de six mois, et ayant eu jusqu'à ce jour la plus heureuse grossesse, la santé la plus florissante, est prise d'ictère. Huit jours après, elle fait une fausse couche. L'enfant est mort; la mère se rétablit parfaitement.

Obs. VII. — Ictère à huit mois de grossesse. Sixième enfant. Bonne santé antérieure. Huit jours après le début de l'ictère, accouchement prématuré; hémorrhagie utérine que l'on arrête. Mise au monde d'un enfant mort; guérison.

Obs. VIII. Jeune femme au sixième mois de la grossesse, ictère très-intense, accompagné de violents accès de suffocation. Quelques jours après l'avortement a lieu. Enfant mort; suites heureuses pour la mère.

Obs. IX. — Madame B..., belle et forte jeune femme, primipare, d'une excellente santé, ayant eu jusqu'alors une grossesse très-heureuse, est prise, au sixième mois, d'un ictère léger et de courte durée. Avortement moins rapide que dans les trois cas précédents. Il a lieu à sept mois et demi ou huit mois. L'enfant vit et n'a pas eu d'ictère. La mère se rétablit bien et nourrit avec beaucoup de succès.

Obs. X. — Ictère à sept mois et demi de grossesse. Couches précédentes fort heureuses. La grossesse actuelle s'est bien passée. Quelques jours après l'apparition de l'ictère, accouchement et hémorrhagie très-abondante. L'enfant a vécu; la mère s'est bien rétablie.

CAS D'ICTÈRE ATAXIQUE ET COMATEUX.

Obs. XI. — Jeune femme bien constituée, santé excellente; à la fin de son huitième mois de grossesse; elle est prise alors d'un ictère des plus intenses. Quelques jours après, elle accouche, trois semaines environ avant son terme. Son enfant vit.

Quatre jours après l'accouchement, l'enfant meurt. Etat grave de la mère. Teinte ictérique générale extrêmement prononcée; céphalalgie, délire par moments, regard inquiet, agitation constante, mouvements brusques et involontaires. Lochies peu abondantes. La montée du lait

se fait mal. Peu de fièvre; pas de péritonite ou de métrite. Ni tuméfaction ni douleur au foie; rien n'indique une affection intermittente. Dans la journée, le délire et l'agitation redoublent. Six hommes peuvent à peine contenir la malade sur son lit; elle mord cruellement au nez son père qui, pour la calmer, se penche un peu trop près vers elle.

Le soir, coma profond, immobilité; n'articule pas un mot, ne répond à rien, ne peut plus boire. Pupilles très-largement dilatées. Meurt dans la nuit.

Obs. XII. — Une jeune femme, enceinte de six mois et ayant eu précédemment un enfant, fait une chute; quelques jours après elle est prise de jaunisse. Vives inquiétudes de la malade, et bientôt après agitation et délire. Mouvements involontaires si violents qu'il est impossible de maintenir la malade, même à l'aide des plus puissants efforts. Elle est toute nue sur son lit, criant, s'agitant, se débattant avec une extrême violence; puis elle tombe dans le coma et meurt. Les accidents ont duré à peu près quarante-huit heures. La mort est survenue avant que la fausse couche fût produite.

Obs. XIII. — Jeune femme enceinte de six mois. Deuxième enfant. Se portait bien et travaillait quand elle est prise d'ictère. Quelques jours après, accidents ataxiques. La fausse couche se produit dans un effort que fait la malade pour aller à la garde-robe, effort suivi d'un coma profond. La malade succombe en moins de vingt-quatre heures.

Obs. XIV. — Madame V..., jeune femme de 19 ans, primipare, grosse de six mois et demi, éprouve le 14 novembre 1863 depuis cinq jours une douleur de côté très-vive, douleur siégeant dans la région hépatique. Huit sangsues, cataplasmes.

15 novembre. La douleur, calmée d'abord, reparaît. Huit sangsues encore, limonade. Vomissements bilieux, fièvre, agitation, mais sans symptômes graves. La teinte ictérique devient plus intense. L'acide nitrique développe dans l'urine une teinte verte bien marquée. Pas encore de commencement de travail.

16 novembre. Fièvre plus intense. Douleurs d'accouchement dans la journée, qui se terminent le soir par l'expulsion d'un enfant de six mois et demi, non ictérique, vivant; meurt quelques instants après sa naissance.

Les faits que nous avons rassemblés dans ce long historique démontrent : 1° que l'ictère des femmes grosses a une importance clinique bien autrement considérable que ne l'avaient supposé les auteurs anciens; 2° qu'il y a deux formes bien distinctes de cet ictère,

à savoir, la forme sporadique et la forme épidémique; 3° que, quelle que soit la forme qu'il affecte, l'ictère des femmes grosses comprend les trois variétés admises par notre savant confrère et ami M. le docteur Bardinet (de Limoges), l'ictère simple ou bénin, l'ictère abortif, l'ictère malin ou ataxique.

ICTÈRE SIMPLE OU BÉNIN.

C'est à cette variété qu'il faut rapporter ce qui a été dit de l'innocuité de l'ictère des femmes enceintes par un grand nombre d'auteurs, tels que Joseph Frank, Sauvages, Portal, Villeneuve, L. Ch. Roche, Imbert, Grisolle, etc. Il est incontestable, du moins en ce qui concerne l'ictère sporadique, que la bénignité ne soit la règle et que les deux autres variétés, abortive et maligne, ne soient infiniment moins fréquentes. S'agit-il de l'ictère épidémique, au contraire, c'est l'inverse qui a lieu.

L'ictère simple ou bénin des femmes grosses peut consister en une simple indisposition, comme l'appelle Cazeaux, qui ne se révèle que par la teinte jaune de la peau et des muqueuses accessibles à la vue, coloration, tantôt légère et tantôt intense, suivant Burns.

L'apparition de l'ictère est parfois précédée de symptômes dyspeptiques (Burns), d'autres fois de céphalalgies violentes, comme dans un cas rapporté par Frerichs.

Habituellement l'ictère simple des femmes grosses ne s'accompagne d'aucune réaction fébrile; mais on a observé dans quelques cas, au début, un frisson intense suivi de fièvre (Frerichs) et dans le cours de la maladie la plénitude et la fréquence du pouls (Villeneuve).

Burns a signalé des troubles fonctionnels de l'estomac et des intestins, Frerichs des vomissements bilieux et des selles bilieuses, Villeneuve des bouffées de chaleur, Imbert et Frerichs la tuméfaction du foie, lequel déborde quelquefois l'hypochondre de trois travers de doigt (Imbert), et donne lieu au gonflement et à la sensibilité des régions hépatique et épigastrique (Frerichs).

Mentionnons, pour ne rien omettre, l'albuminurie signalée dans un cas par Frerichs.

Comme exemple d'ictère bénin, non abortif, survenu à la dernière période de la grossesse et ayant survécu à l'accouchement, je citerai l'observation suivante :

ICTÈRE PUERPÉRAL PRIMITIF ; ACCOUCHEMENT A TERME ; MENACE DE PÉRITONITE LE CINQUIÈME JOUR DES COUCHES ; GUÉRISON.

Obs. — Fille Daumon, 22 ans, primipare, originaire du département de Saône-et-Loire, à Paris depuis dix-huit mois où elle exerce la profession de lingère. Père mort à 42 ans d'une fluxion de poitrine, mère vivante et d'une bonne santé.

A l'âge de 7 à 8 ans, fièvres quartes contractées dans un pays marécageux. Pas de maladies graves depuis cette époque. Suppression des règles pendant un an à la suite d'une frayeur.

La dernière époque menstruelle eut lieu le 8 juin 1862, nausées et vomissements pendant les trois premiers mois de la grossesse.

20 février 1863. Vomissement de matières alimentaires. Ce fait se répète tous les matins jusqu'au 28 février, époque où les vomissements devenus plus abondants que de coutume furent suivis de malaise, d'inappétence et de la manifestation de l'ictère ; pas d'accidents, au dire de la malade, depuis ce moment.

Entrée à la Maternité le 3 mars, où elle ne présente pas d'autres phénomènes morbides que son ictère, elle accouche le 7 mars d'un garçon vivant et à terme ; délivrance naturelle ; pas d'hémorrhagie utérine.

8 mars. Coloration jaune très-prononcée de toute la surface tégumentaire. Les extrémités sont moins jaunes que le reste du corps ; mais il existe en outre aux pieds un œdème qui remonte jusqu'aux mollets. Les conjonctives sont d'un jaune safrané. Le voile du palais, les gencives, la face inférieure de la langue offrent une teinte jaune très-intense.

L'urine, d'un jaune rougeâtre, donne par l'acide nitrique un précipité verdâtre très-abondant. Matières fécales grisâtres décolorées. Foie très-sensiblement augmenté de volume et débordant l'hypochondre d'un à deux travers de doigt. A ce niveau la pression réveille une sensibilité assez vive. Pouls plein et fort à 96 ; chaleur assez vive à la peau ; impulsion des battements du cœur très-énergiques ; la main appliquée sur la région précordiale sent vivement cette impulsion. Pas de bruit morbide appréciable à l'auscultation du cœur. Langue blanche, soif vive. Utérus atteignant le niveau de l'ombilic, douloureux à la pression.

Un frisson a lieu pendant la journée et est suivi d'une augmentation de la fièvre ; pouls à 108 le soir.

9 mars. Un peu de tension et de sensibilité dans la région hypogastrique, le reste du ventre souple et indolent. Même intensité de l'ictère ; les urines conservent leur coloration briquetée ; les matières fécales

sont plus décolorées que la veille. La douleur de l'hypochondre droit persiste; même chaleur à la peau; pouls à 96; battements du cœur toujours impétueux.

10 mars. Malgré la fréquence du pouls qui s'élève à 120, le ventre est moins douloureux dans la région hypogastrique, l'utérus en voie de rétraction est moins saillant au-dessus du pubis et moins sensible à la pression. La langue est bonne, les selles plus colorées, la peau paraît un peu moins jaune.

11 mars. Diminution très-sensible de la coloration ictérique; chaleur modérée à la peau; pouls à 76. La sensibilité abdominale a complétement disparu. On ne sent plus la saillie du foie au niveau du bord libre de l'hypochondre. Langue bonne, appétit.

Les jours suivants l'amélioration continue, et la malade part le 16 mars entièrement guérie de son ictère et de ses accidents abdominaux.

Plusieurs particularités intéressantes doivent être signalées dans cette observation :

1° L'apparition de l'ictère a été précédée de cet ensemble de symptômes que Frerichs désigne sous le nom de *catarrhe aigu de l'estomac*, symptômes qui ont présenté leur maximum d'intensité le jour où s'est manifestée la jaunisse. Cette espèce d'embarras gastrique avait duré huit jours.

2° L'ictère, bien que s'étant terminé par la guérison, n'a pas consisté en une simple indisposition, comme le disent un grand nombre d'auteurs, et comme cela a lieu en effet dans le plus grand nombre des cas. Il y a eu de la fièvre, une impulsion très-vive des battements du cœur, du malaise, de l'inappétence, en même temps que le foie présentait une sensibilité et une augmentation de volume insolites.

3° Une menace assez sérieuse de péritonite a eu le temps de se produire et de se dissiper, sans que le cours de l'ictère ait paru en être troublé, et même sans que l'issue favorable en ait été retardée.

On a invoqué, pour expliquer l'ictère simple des femmes grosses un grand nombre de causes parmi lesquelles nous citerons :

1° Une altération mal définie du système nerveux et peut-être du sang (Joseph Frank).

2° La pléthore sanguine ou bilieuse (Villeneuve, Portal, Sauvages), pléthore résultant elle-même, soit de la suppression des menstrues, soit de la gêne de la circulation.

3° La compression exercée sur l'appareil biliaire par l'utérus am-

plifié (Van Swieten, Joseph Frank, Villeneuve, Hardy et Béhier, Frerichs) ou par une distension de l'estomac et des intestins consécutives à l'accumulation des matières fécales (Frerichs).

4° Un état morbide du canal alimentaire (dyspepsie de Burns, catarrhe aigu de Frerichs).

5° Une violente commotion morale.

Il est vraisemblable que par cette altération mal définie du système nerveux, à laquelle Joseph Franck attribue l'ictère qui se produit dans les premiers temps qui suivent la conception, il faut entendre les troubles nerveux qu'on observe dans les premiers temps de la grossesse, et qui se traduisent par les symptômes les plus variés : nausées, vomissements, dépravations du goût, vertiges, éblouissements, syncopes, démangeaisons, etc. On conçoit très-bien que, si par l'effet de la mise en activité de l'appareil utérin, les fonctions de l'estomac peuvent être dérangées ou perverties, une perturbation analogue peut avoir lieu du côté du foie et l'ictère s'en suivre. Je suis donc très-disposé à admettre la possibilité de l'intervention de la cause signalée par Joseph Franck pour l'ictère bénin et sporadique.

La pléthore sanguine ou bilieuse invoquée par Portal, Sauvages, Villeneuve, etc., comme cause d'ictère chez les femmes enceintes, n'est rien moins que démontrée ; les recherches modernes ayant établi que là où l'on croyait autrefois à un état pléthorique il y avait le plus souvent chlorose et anémie. Les caractères du sang dans la deuxième moitié de la gestation sont, d'après les analyses de M. Regnault, l'aglobulie, la leucocytose, avec excès de plasmine, c'est-à-dire les mêmes que dans l'inanition. C'est ainsi que doit être comprise l'altération du sang signalée par quelques auteurs.

Je partage le sentiment de mon honorable confrère M. Bardinet, lorsqu'il refuse à la compression le pouvoir de produire l'ictère épidémique des femmes enceintes. Pour agir ainsi sur une population pendant un temps et dans une localité déterminés, il faut autre chose qu'une cause mécanique comme la compression. Mais pour ce qui est de l'ictère sporadique, et particulièrement de la forme bénigne, je ne crois pas qu'on doive refuser à cette cause une part d'influence sur la production de l'ictère.

S'il est vrai de dire que l'ictère peut se produire à toutes les époques de la grossesse, ce qui exclut, pour les cas éloignés du terme ordinaire de l'accouchement, l'hypothèse d'une action comprimante

de la part de l'utérus amplifié, s'il est vrai que l'époque de la plus grande fréquence de l'ictère des femmes grosses est, comme le prouvent les relevés de M. Bardinet, du sixième au septième mois, ce qui n'est pas l'époque du maximum de compression, il faut remarquer d'autre part 1° : que dans quelques cas l'ictère se manifeste vers le dernier mois de la grossesse; 2° qu'au sixième ou au septième mois la compression exercée par l'utérus sur l'appareil biliaire peut devenir très-énergique ; qu'elle s'exerce indirectement par l'intermédiaire du paquet intestinal ou directement. Or il en est de l'utérus gravide comme de toutes les tumeurs placées dans la cavité abdominale ou dans toute autre cavité. Ce n'est pas toujours à l'époque de leur maximum de développement qu'elles déterminent les accidents les plus graves. Tel organe qui se laissera plus tard atrophier ou détruire d'une façon latente par une tumeur devenue considérable, ne subit tout d'abord la compression qu'avec les signes d'une intolérance marquée : douleurs aiguës, troubles fonctionnels plus ou moins graves, symptômes inflammatoires. Cette première révolte de l'organe comprimé peut s'apaiser au point qu'il en vienne à s'accommoder des empiétements les plus excessifs de l'organe comprimant. Il n'est donc pas exact de dire que, si l'ictère des femmes grosses est l'effet d'une compression, c'est toujours à la fin de la grossesse qu'il doit se produire.

Je me garderais bien de faire de la compression la cause par excellence de l'ictère gravidique; mais ce serait tomber dans un autre extrême que de répudier, au moins pour l'ictère simple et sporadique, l'influence de cette cause.

Une place étiologique importante me paraît devoir être assignée aussi aux troubles gastriques si communs chez les femmes enceintes (troubles dyspeptiques de Burns, catarrhe gastrique aigu de Frerichs). Les connexions étroites qui unissent les fonctions de l'estomac et celles du foie ne laissent pas place au doute relativement à l'action de cette cause sur la production de l'ictère.

Quant à l'influence des commotions morales, il n'en est pas de mieux établie, non-seulement en ce qui concerne la pathogénie de l'ictère, mais encore en ce qui touche les maladies de l'état puerpéral en général et de la grossesse en particulier. Il suffirait de parcourir les observations que nous avons citées pour reconnaître la réalité de cette influence. L'ictère simple peut, comme l'ictère abortif et l'ictère

ataxique, être produit par l'épidémicité. Nous insisterons plus loin sur l'action de cette circonstance pathogénique.

Dans leur croyance à la pléthore des femmes grosses, les anciens médecins n'hésitaient pas à traiter l'ictère qui se manifestait pendant la gestation par la saignée pratiquée *largâ manu.* Villeneuve, L. Ch. Roche, Ferrus, dans les passages que nous avons cités, conseillent encore l'emploi de ce moyen. Sans abonder dans le même sens, et tout en repoussant l'usage des pratiques qui seraient de nature à exagérer la tendance anémique des femmes grosses, nous pensons que des ventouses scarifiées appliquées sur l'hypochondre droit, dans les cas où il existe une douleur plus ou moins vive dans cette région et une augmentation notable du volume du foie, détermineraient une amélioration sensible dans les phénomènes locaux.

S'il existait en même temps des troubles gastriques tels que : nausées, vomissements bilieux, bouche amère, etc., l'ipéca suffirait souvent, sinon à en triompher, du moins à en modérer l'intensité. S'il était nécessaire de revenir à l'usage des évacuants et surtout de les répéter, les purgatifs devraient être préférés aux vomitifs.

Les symptômes d'embarras gastrique une fois écartés, au moins dans ce qu'ils pourraient avoir d'aigu, on instituerait avec avantage la médication alcaline. L'eau de Vichy à l'intérieur, les bains alcalins à l'extérieur, employés jusqu'à la fin de la maladie, rempliraient presque toujours une des indications les plus importantes, celle de remédier au trouble habituel des voies digestives chez les femmes grosses atteintes d'ictère. Aux alcalins, Frerichs préfère les acides; à toutes ses malades il prescrit soit l'acide muriatique, soit l'acide phosphorique. Du reste, il fait une large place aux purgatifs et surtout aux drastiques. Je vois dans la plupart de ses prescriptions figurer le sené, le jalap, la coloquinte, etc.

Existe-t-il une épidémie d'ictère, l'alcoolature d'aconit devra être administrée à titre préventif. Le quinquina a été employé dans le même but.

Il faut savoir que les ictères en apparence les plus simples peuvent, après cinq six, huit et même dix jours, de durée, se transformer en ictères graves, produire l'avortement, et dans un espace de temps très-court amener la mort. Or, si précaires et si problématiques que puissent être les moyens dont nous disposons pour prévenir un pareil résultat, ils ne doivent pas être négligés.

ICTÈRE ABORTIF.

Comme M. le docteur Bardinet, nous réservons la dénomination d'ictère abortif à celui qui, après avoir donné lieu à l'accouchement prématuré ou à l'avortement, se termine toujours par la guérison.

Existe-t-il quelques caractères distinctifs de l'ictère abortif? En d'autres termes peut-on, à quelques signes particuliers, reconnaître qu'un ictère, d'ailleurs bénin, doit se terminer par l'accouchement prématuré? Je ne sache aucun indice à l'aide duquel on puisse pressentir qu'un ictère simple deviendra abortif. Le malaise et les accidents soit généraux, soit locaux, ne sont ni plus nombreux ni plus graves que dans l'ictère bénin. Dans l'une des observations de M. Bardinet, je vois notés, parmi les phénomènes concomitants, des accès de suffocation; mais chez les autres malades atteintes de cette forme de l'ictère gravidique, le même observateur n'a rien rencontré de semblable. Cependant M. Caradec a cité un cas d'ictère abortif dans lequel on a observé, comme phénomènes prodomiques de l'ictère, des douleurs dans la région gastro-hépatique, un sentiment de gêne et de fatigue, des engourdissements et des fourmillements dans le bras, une céphalalgie violente; et parmi les symptômes concomitants de l'ictère, la dilatation des pupilles, le trouble de la vue, l'amertume de la bouche, l'état saburral de la langue, le pouls à 97, la voix faible, la respiration précipitée, la somnolence alternant avec un état d'excitation, la constipation, les urines rares, albumineuses, puis le coma. Il y eut accouchement naturel d'une fille qui succomba au bout d'une heure. La guérison fut prompte. On ne saurait méconnaître qu'il n'y ait eu dans ce fait un ensemble de symptômes graves qui ne se rencontre pas habituellement dans l'ictère abortif sans terminaison fâcheuse. Et peut-être conviendrait-il, en raison même de la gravité de ces symptômes et surtout des troubles nerveux, de considérer ce cas, non pas comme un ictère abortif pur et simple, mais comme un ictère ataxique exceptionnellement terminé par la guérison.

Combien de jours après l'apparition de l'ictère se déclare l'avortement? de cinq à huit jours environ. Il en a été ainsi pour la plupart des cas que j'ai cités dans mon historique, et notamment dans ceux de MM. Bardinet, Machelard, Ozanam. Chez l'une des malades du savant professeur de Limoges, l'accouchement prématuré ne s'est effectué, il est vrai, que six semaines à deux mois après l'évolution de

l'ictère; mais aussi rien ne démontre que l'ictère ait une puissance abortive à si longue portée et qu'il n'y ait pas eu en réalité une autre cause d'avortement dans le cas particulier. Quant à la période de la grossesse à laquelle s'est manifesté l'ictère, il résulte des relevés de M. Bardinet, relevés publiés dans l'Union médicale (numéro du 5 nov. 1863.) que c'est du sixième au septième mois en moyenne qu'apparaît la jaunisse des femmes enceintes.

L'ictère abortif, alors même qu'il respecte les jours de la mère, compromet presque constamment la vie du fœtus. Ce fait est établi par les observations de Davis, Ozanam, Cazeaux et Bardinet. Dans deux cas cités par ce dernier auteur, l'enfant était vivant, mais pour l'un de ces cas l'accouchement prématuré a suivi de si loin l'ictère qu'il est difficile d'affirmer qu'il y ait eu entre l'un et l'autre rapport de cause à effet.

Enfin l'ictère de la mère ne déteint pas sur le fœtus, bien qu'on ait trouvé quelquefois, ainsi que Cazeaux en cite un exemple, les eaux de l'amnios fortement colorées en jaune. Dans aucun des cas d'ictère gravidique mentionnés par notre historique, quelque forme d'ailleurs que cet ictère ait revêtu, il n'est question de fœtus ictérique.

Deux des quatre malades que M. Bardinet a soignées pour un ictère abortif ont présenté, à la suite de l'accouchement, une métrorrhagie abondante, assez abondante même chez l'une de ces femmes pour nécessiter l'emploi des moyens les plus énergiques. Cette particularité mérite d'être notée en raison de l'importance qu'on a attribuée aux hémorrhagies dans l'ictère grave. Ajoutons toutefois que la tendance hémorrhagique ne paraît pas être, d'après les observations connues jusqu'à ce jour, l'un des attributs de l'ictère abortif. Au moins n'a-t-elle pas été signalée dans la grande majorité des cas.

La malade qui fait le sujet de l'observation suivante a présenté, elle aussi, quelques accidents hémorrhagiques, mais qu'il convient de rattacher beaucoup plutôt aux suites de couches qu'à l'ictère.

ICTÈRE ABORTIF; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ A 8 MOIS; ACCIDENTS PÉRITONÉAUX; GUÉRISON.

Obs. — Fille Laurent, 23 ans, primipare, originaire d'une commune du département de l'Allier. A Paris depuis deux ans, où elle exerce la profession de domestique. Menstruée à 15 ans; toujours bien réglée depuis cette époque. Pas de maladies graves antérieures. Devenue en-

ceinte en avril 1862, sa grossesse n'a été troublée par aucun accident.

Entrée à la Maternité le 13 novembre 1862, avec une jaunisse dont elle fait remonter le début à quelques jours de là, mais qui n'avait donné lieu, sauf le changement de couleur des téguments, à aucun trouble appréciable dans la santé générale; elle accouche le 14 novembre, d'une fille vivante, non ictérique, au terme de 8 mois et pesant 2,300 grammes.

Rien à noter dans la journée du 15.

16 novembre. L'intensité de l'ictère a beaucoup augmenté. Les conjonctives sont d'un jaune citron. Les gencives, la muqueuse de la partie inférieure de la langue, la voûte palatine et le voile du palais sont safranés. La peau du tronc, de la face et des membres a pris une teinte jaune bien plus foncée que la veille. Chaleur modérée à la peau; pouls à 96. Un peu de sensibilité du ventre. Sommeil assez bon. Dans la soirée, fièvre intense, agitation, sécheresse de la langue, douleurs abdominales très-vives. On prescrit un ipéca qui détermine des vomissements, mais pas de garde-robes.

17 novembre. L'ictère persiste aussi intense que la veille. Constipation. Ventre moins sensible à la pression; il reste un point assez douloureux dans la fosse iliaque gauche; langue blanche, recouverte d'un enduit comme plâtré. Sécrétion lactée jaunie par l'ictère. Urine verdissant par l'acide nitrique. Huile de ricin : 30 grammes. Elle donne lieu à six garde-robes.

25 novembre. L'ictère s'atténue de jour en jour. Les douleurs abdominales ont disparu. L'utérus dépasse encore de quatre travers de doigt le niveau du pubis. Mais ni la pression par la région utérine, ni l'exploration vaginale n'éveillent la moindre sensibilité. Etat général très-satisfaisant.

Du 5 au 9 décembre, il se fait par la vulve un écoulement sanguin dont on se rend assez facilement maître à l'aide du seigle ergoté. On sent dans la région iliaque gauche une résistance très-marquée, avec matité correspondante, le tout dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Le toucher par le vagin fait constater dans le cul-de-sac vaginal gauche une sensibilité assez vive avec diminution de la souplesse des parois. L'utérus, beaucoup moins mobile, est retenu par des adhérences dans la position oblique qu'il occupe de gauche à droite et d'arrière en avant par rapport à l'axe du bassin. Langue sale et sèche, constipation, appétit conservé, pouls lent à 58. La teinte ictérique n'a pas encore entièrement disparu. La sécrétion lactée a repris sa coloration normale.

17 décembre. Bien qu'il reste encore de la résistance dans la fosse iliaque gauche et que le cul-de-sac vaginal correspondant manque d'élasticité, la malade part pour le Vésinet. Il n'y a plus trace d'ictère.

Dans le fait qui vient d'être rapporté, nous ferons ressortir quelques circonstances très-dignes d'attention.

D'abord, avant de déterminer l'accouchement prématuré, l'ictère n'avait produit aucun trouble appréciable.

En second lieu, l'accouchement a eu lieu à 8 *mois* et a donné naissance à une fille vivante.

Autre remarque. L'ictère, après l'accouchement, a continué sa marche ascendante. Il n'a donc éprouvé du fait de l'accouchement aucune amélioration notable.

Signalons encore la longue durée de cet ictère et son indépendance des accidents qui se sont produits pendant l'état de couches. Relativement à la durée, en effet, nous voyons que l'ictère, dont le début remonte pour le moins au 8 ou 10 novembre, n'avait pas encore disparu le 9 décembre. Il a donc régné plus d'un mois. Quant aux accidents abdominaux, leur invasion a été trop brusque, pour qu'on puisse songer à établir entre eux et l'ictère un rapport de cause à effet. Toutes les fois que dans l'état puerpéral il y a relation de causalité entre l'ictère et certaines affections inflammatoires, péritonite, ovarite, phlébite, etc., c'est toujours l'ictère qui est sous la dépendance de la phlegmasie puerpérale, et non la phlegmasie qui relève de l'ictère.

La métrorrhagie, d'ailleurs assez légère, qui s'est manifestée chez notre malade dans le cours de sa péritonite partielle, n'avait rien à démêler avec l'ictère qui était déjà en voie de déclin. C'était une de ces pertes sanguines si communes dans les lesions péritonéales qui se produisent au contact des organes génitaux internes, eux-mêmes plus ou moins atteints par l'inflammation.

Enfin, nous appellerons l'attention sur ce fait que nous avons noté dans la plupart de nos observations d'ictère puerpéral, à savoir que la sécrétion lactée participe toujours dans une certaine mesure à la coloration jaune. On se rappelle que, dans toutes nos autopsies, les produits morbides de sécrétion épanchés dans le ventre, sérosité, pus, fausses-membranes, étaient chargés de pigment biliaire.

Les causes de l'ictère abortif ne diffèrent pas de celles que nous avons assignées à l'ictère simple. Personne, que nous sachions, n'a pénétré jusqu'à ce jour la cause immédiate et prochaine en vertu de laquelle se produit l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Dans l'une des observations de Davis, on attribue l'avortement aux

vomissements provoqués par un émétique intempestif; mais il ne m'est pas démontré que ces vomissements, et par suite l'émétique, aient été la cause réelle de l'expulsion de l'œuf. Les vomissements sont un fait si commun dans le cours de la grossesse; j'ai moi-même eu tant de fois recours à l'ipéca chez les femmes enceintes sans avoir eu à regretter aucun accident, que j'ai très-peu de tendance à admettre la puissance abortive des vomissements. L'ictère suffit amplement à lui tout seul pour expliquer l'élimination hâtive et spontanée du fœtus.

Rien ne permettant de prévoir qu'un ictère simple deviendra abortif, il n'existe pas de traitement spécial de l'ictère abortif, ou plutôt les moyens prophylactiques que nous avons indiqués pour le premier sont applicables au second.

ICTÈRE ATAXIQUE OU MALIN.

L'ictère malin des femmes grosses débute le plus habituellement d'une manière très-insidieuse. La coloration jaune s'établit sans troubles appréciables dans la santé. Cette coloration peut envahir la totalité de la peau, toutes les muqueuses accessibles à la vue, et acquérir une intensité extrême avant que les accidents ataxiques n'éclatent. Il s'écoule ainsi un temps plus ou moins long entre le début de l'ictère et la manifestation des troubles graves qui caractérisent l'ataxie.

Quelquefois, ainsi que l'a observé Frerichs, l'envahissement des tissus par la matière colorante jaune est précédé pendant plusieurs jours de symptômes de catarrhe gastrique aigu : vomissements muqueux, perte d'appétit, constipation, céphalalgie, tristesse, abattement. Ou bien les malades se plaignent d'une pression au creux de l'estomac avec sentiment de fatigue, ou bien il existe de violentes douleurs de tête, des vertiges, de la prostration; ou encore c'est un malaise qui se produit au lendemain d'une vive émotion (Carpentier); le tout sans fièvre.

D'autres fois le début est brusque; il n'y a pas de prodromes. Tantôt c'est un frisson violent qui ouvre la scène, frisson bientôt suivi d'un appareil fébrile intense (Frerichs, Caradec). Tantôt il n'y a point ou que peu de fièvre (Bardinet); puis l'ictère apparaît et avec lui des signes non équivoques d'embarras gastrique, constipation, anorexie,

état saburral de la langue, nausées (Caradec), vomissements, d'abord alimentaires (Frerichs), puis de mucosités glaireuses, parfois d'un liquide sale, puis bilieux (Churchill, Bardinet). Dans certains cas, ces vomissements deviennent incessants (Churchill). En même temps il existe une soif plus ou moins vive (Caradec), de la sensibilité à l'épigastre (Frerichs), de la douleur dans les deux hypochondres (Frerichs) ou dans la région du foie seulement (Bardinet). Cette douleur coexiste presque constamment avec une augmentation de volume des organes hépatique et splénique. Elle est parfois très-vive, et après avoir cédé à l'emploi de certains moyens thérapeutiques, tels qu'une application de sangsues, elle reparaît avec une nouvelle intensité (Bardinet). M. Caradec prétend avoir pu constater avec la congestion du foie un développement considérable de la vésicule biliaire; mais il faut savoir que la tuméfaction du foie n'a pas lieu nécessairement. M. Bardinet a rencontré des cas où, malgré un examen très-attentif, il n'avait pu reconnaître aucune exagération de volume de la glande hépatique.

Il est même des femmes chez lesquelles on ne perçoit dans l'hypochondre droit qu'un son clair qui se confond en haut avec celui du poumon, en bas avec celui de l'intestin (Frerichs, Woillez).

Ces premières manifestations gastro-hépatiques de la maladie s'accompagnent ou sont bientôt suivies des troubles propres à l'ataxie.

Quoique la nature soit bien loin de se conformer fidèlement aux divisions, toujours quelque peu arbitraires, que nous établissons pour plus de clarté dans nos descriptions nosologiques, nous reconnaîtrons à l'ictère grave des femmes enceintes deux périodes : la période convulsive ou délirante et la période comateuse.

Période convulsive ou délirante. — Cette période est caractérisée par une agitation extrême, des mouvements désordonnés, involontaires, des convulsions, de la céphalalgie, du délire. Entrons dans quelques détails.

Les malades, complétement étrangères à ce qui se passe autour d'elles, ne reconnaissent plus les personnes qui les approchent et ne répondent plus aux questions qu'on leur adresse (Carpentier). En proie à une céphalalgie intense (Frerichs, Caradec, Bardinet), elles laissent échapper des plaintes continuelles, ou bien ce sont des gémissements bruyants, des vociférations, des cris aigus (Frerichs), s'accompagnant de jactitation, de soubresauts des tendons (Caradec),

de mouvements brusques et violents qu'on ne réussit pas à contenir à l'aide des efforts les plus puissants. Dans l'une de ses intéressantes observations, M. le docteur Bardinet nous montre la malade toute nue sur son lit, criant, s'agitant, se débattant, de telle sorte que six hommes réussissaient à peine à la maîtriser. Une autre, citée par le même auteur, mord cruellement au nez son père au moment où il se penche vers elle pour la calmer.

L'expression de la face est en rapport avec ces désordres nerveux; les mâchoires sont serrées (Carpentier), le regard fixe ou inquiet (Bardinet), les pupilles dilatées (Frerichs, Caradec, Bardinet), parfois les globes oculaires fortement convulsés (Carpentier). Frerichs a vu les ouvertures pupillaires rester normales; seulement la contraction de l'iris était un peu lente.

La fièvre est tantôt nulle, tantôt intense. Dans le premier cas le pouls n'est ni accéléré ni ralenti (Saint-Vel) et la peau reste normale. Dans le second, le pouls est petit et fréquent (Woillez) et varie de 100 à 112 (Frerichs, Caradec); la peau est chaude et sèche (Frerichs, Woillez).

L'ictère présente alors toute son intensité. L'urine, d'un jaune rougeâtre, verdit par l'acide nitrique; parfois elle contient de l'albumine (Frerichs), d'autres fois on n'y découvre aucune trace de cette substance (Caradec, Woillez).

Voici quel a été, chez l'une des malades de Frerichs, le résultat de l'analyse de l'urine pendant la vie :

« L'urine laisse déposer 4,9 p. 100 de résidu solide et 0,14 p. 100 de cendre. Le résidu présente une réaction fortement acide et consiste essentiellement en leucine, tyrosine et matières extractives visqueuses avec traces d'acide urique; pas d'urée; ammoniaque en si petite quantite qu'on ne pouvait songer à une disparition de l'urée par décomposition. L'acide phosphorique et les terres calcaires manquaient complétement dans les cendres. L'urine laisse déposer par l'évaporation un sédiment considérable jaune vert, qui est recueilli et traité par l'ammoniaque concentrée; la solution laisse déposer des aiguilles cristallines longues et minces (tyrosine) donnant 8,03 p. 100 d'azote, formule de la tyrosine. L'évaporation de l'ammoniaque laisse un corps semblable à la tyrosine, cristallisant dans la même forme, mais en différant par une solubilité plus grande et une plus forte proportion d'azote : 8,83 p. 100.

« Le résidu de l'urine est traité à différentes reprises par l'alcool absolu pour obtenir l'urée. La solution laisse précipiter, par l'addition de moitié de son volume d'éther, une matière amorphe dans laquelle se séparent graduellement des cristaux de leucine. Le liquide filtré est dépouillé de l'éther par évaporation, et l'on y ajoute une solution alcoolique d'acide oxalique. Il se forme un précipité cristallin qui est dissous dans l'eau et décomposé avec la craie. Le liquide filtré laisse par l'évaporation un faible résidu dans lequel l'examen avec l'acide nitrique ne peut faire découvrir aucune trace d'urée. Le sel précipité par l'acide oxalique est de l'oxalate d'ammoniaque.

« Ce qui reste après le traitement par l'alcool absolu est dissous en très-grande partie par l'alcool bouillant qui laisse une matière brune, visqueuse, entièrement semblable pour l'aspect et l'odeur à la masse qu'on obtient dans la préparation de la leucine et de la tyrosine par la décomposition des matières protéiques au moyen des acides. La solution alcoolique donne par l'évaporation un sirop qui se prend en une masse cristalline par la séparation de la leucine.

« L'urine contient des corps identiques, ou peut-être seulement, eu égard à la matière amorphe, des corps analogues à ceux qui se produisent lors de la décomposition artificielle des matières protéiques, tandis que l'urée qui dans les circonstances normales forme le produit principal des métamorphoses de la matière, manque complétement. » Chez une autre malade de Frerichs, l'urine recueillie vingt-quatre heures avant la mort, a donné des résultats à peu de chose près semblables.

Cette urine était très-acide. Elle laissa déposer un sédiment épais jaune rouge, formé en grande partie d'urates, mais contenant en outre un grand nombre de groupes volumineux de tyrosine colorés en jaune.

Soumise à un examen plus détaillé, elle contenait une quantité médiocre d'urée et beaucoup de leucine et de tyrosine avec une matière extractive visqueuse. Au microscope, on découvre quelques cristaux de nitrate d'urée. L'évaporation laisse un résidu solidifié par les globules de leucine mélangés aux groupes de tyrosine. Ces deux substances furent isolées et obtenues à l'état de pureté.

Période comateuse. Cette période est habituellement de courte durée. Elle ne précède la mort en général que de quelques heures.

A l'agitation, aux convulsions et au délire succède une prostration considérable. Les malades gardent l'immobilité dans la position horizontale et tombent dans la somnolence. La face est empreinte de stupeur. La peau se couvre d'une sueur visqueuse. La respiration devient stertoreuse. Aucune stimulation ne peut arracher les malades au coma dans lequel ils sont plongés. Abolition complète de toute sensibilité, et perte de connaissance absolue. L'embarras respiratoire augmentant sans cesse, la mort arrive, quelquefois après une agonie terrible.

Ainsi que nous l'avons fait pressentir, ce n'est pas toujours le coma qui termine la scène. Quelquefois de nouvelles convulsions succèdent au coma (Caradec, Carpentier), et c'est au milieu des manifestations délirantes les plus désordonnées que la vie s'éteint.

La période délirante elle-même peut manquor ou n'exister qu'à un faible degré. Dans la relation de Saint-Vel, il est fait mention d'un délire léger précédant quelquefois le coma.

A ces nuances près, les choses se passent dans la grande majorité des cas comme nous l'avons dit plus haut.

Nous n'avons pas noté l'hémorrhagie parmi les caractères de l'ictère grave des femmes enceintes. C'est qu'en effet l'hémorrhagie, loin d'être un fait commun ou constant, est un fait rare, presque exceptionnel. Je trouve l'hémorrhagie utérine consécutive à l'accouchement mentionnée une fois par Frerichs, deux fois par Bardinet. De plus, Frerichs a rencontré une fois à l'autopsie une hémorrhagie de l'intestin et de la muqueuse aérienne et des ecchymoses sous l'épicarde. Mais cette forme hémorrhagique n'en est pas moins une forme très-insolite de l'ictère gravidique.

A quelle époque de la maladie s'effectue l'avortement ou l'accouchement prématuré? Rien de constant à cet égard. L'expulsion du fœtus peut avoir lieu avant l'ataxie ou pendant l'ataxie. Le plus ordinairement, c'est en pleine ataxie que s'effectue le travail, c'est-à-dire à une époque assez rapprochée de celle de la mort. Dans plusieurs des observations de Caradec, l'accouchement n'a eu lieu que quelques instants avant la mort. Chez la malade de Woillez on trouva à l'autopsie le fœtus dans l'excavation pelvienne; le travail de parturition s'était fait selon toute vraisemblance dans les derniers temps de la vie. Le même fait s'est produit pour une malade de Frerichs.

Dans un cas rapporté par Bardinet, la malade, en proie au délire,

expulse le fœtus dans un effort pour aller à la selle, effort suivi d'un coma profond. Mort dans les vingt-quatre heures.

Chez une autre malade citée par le même auteur, la mort survient avant que la fausse couche ne se soit effectuée.

Les cas dans lesquels l'accouchement prématuré précède l'ataxie sont beaucoup plus rares que ceux dans lesquels la fausse couche coïncide avec les accidents ataxiques.

Frerichs rapporte l'observation d'une femme de 35 ans qui, au cinquième jour d'un ictère et au septième mois de sa grossesse, accouche et est prise pendant l'accouchement même d'un frisson violent précurseur des symptômes ataxiques qui amènent la mort au bout de trois jours.

Sur vingt cas Saint-Vel n'a vu que deux fois les accidents ataxiques éclater quelques jours seulement après l'avortement.

Dans l'épidémie du Palatinat, sur trois femmes qui avortèrent sous l'influence de la jaunisse, il y en eut deux chez lesquelles l'ataxie ne se produisit que trois jours après l'accouchement. Elles furent prises d'abord de fièvre. A cette fièvre se joignit le délire, puis le coma, et la mort s'ensuivit.

La durée de la maladie, depuis le début de l'ictère jusqu'à la mort, varie de deux jours à plusieurs semaines. Elle est en moyenne d'un septénaire.

Th. Caradec, frère de Louis Caradec, Carpentier, Bardinet ont cité des observations d'ictère foudroyant chez les femmes enceintes, si l'on comprend sous cette dénomination tous les cas où la mort eut lieu moins de quarante-huit heures après l'apparition de l'ictère.

D'une autre part, Saint-Vel a vu, dans l'épidémie de Saint-Pierre de la Martinique, la mort survenir quinze jours ou trois semaines après le début de la jaunisse.

Il y a plus. Louis Caradec nous montre dans l'une de ses observations l'ictère apparaissant au septième mois de la grossesse, s'amendant au bout de quelques jours pour reparaître au neuvième mois, et la mort suivant de quelques minutes l'accouchement. Ici l'ictère a duré près de deux mois.

Dans une autre observation du même auteur, c'est au sixième mois que se manifeste l'ictère; les troubles gastro-hépatiques se modifient avantageusement, mais au bout de trois semaines l'ictère se repro-

duit, compliqué de phénomènes ataxiques, détermine l'accouchement et presque aussitôt après la mort.

Enfin le docteur Daniel, cité par Caradec, a vu une femme prise d'ictère au septième mois, aller mieux au bout de quelques jours, l'accouchement se faire trois semaines après, mais, l'ictère persistant, la mort survenir le onzième jour des couches, et par conséquent plus d'un mois après le début de la jaunisse.

A part ces cas exceptionnels, il suffit de cinq, six, huit jours au plus pour que l'ictère grave des femmes enceintes ait parcouru toutes ses phases.

Lésions cadavériques. Dans le petit nombre des cas où l'autopsie ait été faite, on a trouvé sur le cadavre des femmes que l'ictère grave a surprises dans l'état de grossesse toutes les lésions qui se rattachent à l'atrophie aiguë du foie.

A l'ouverture du ventre on trouve le foie affaissé sur la paroi postérieure de l'abdomen, entièrement recouvert par les circonvolutions des intestins gros et petits refoulés en haut.

Le foie est considérablement rapetissé, flasque et ridé. La diminution de volume se fait surtout suivant l'épaisseur de l'organe. Cette épaisseur varie, selon les points que l'on considère, de 1 à 4 centimètres dans les divers cas observés par Frerichs; elle était de 4 centimètres dans le cas de M. Woillez. Ce dernier observateur constatait en outre que l'étendue transversale du foie était de 24 centimètres, sa hauteur de 16 centimètres.

Le poids total du foie avec la vésicule biliaire et les troncs vasculaires liés varie entre $0^k,2$ et $1^k,82$.

On sait que chez la femme saine le poids du foie est de 2 kil. environ.

Au toucher, le parenchyme hépatique donne la sensation d'un corps flétri. La glande paraît molle, aplatie; elle est parfois en consistance de bouillie sur certains points.

Sa couleur est jaunâtre (Frerichs) ou jaune rougeâtre (Woillez). Sa surface a un aspect rugueux, finement granulé, dû à la disparition des cellules par places et à l'affaissement du parenchyme. Les parties affaissées représentent exactement l'aire des lobules. Cette surface était dans certains cas parsemée de petites ecchymoses (Frerichs); d'autres fois marbrée de taches jaunes et comme piquetée de petites et nombreuses vésicules emphysémateuses entourées d'une aréole jaune (Woillez).

A la coupe, le foie apparait lisse, brillant et d'un jaune d'ocre.

L'enveloppe séreuse est ridée, opaque, épaissie, les divisions acineuses non apparentes.

Le lobe droit et le lobe gauche présentent quelquefois un aspect très-différent. Sur une des malades autopsiées par Frerichs, le lobe droit était congestionné par places ; il contenait du sang stagnant dans les veines hépatiques et semblant être çà et là extravasé, tandis que dans le lobe gauche, où l'altération était le plus étendue, la surface de la coupe présentait une couleur jaune d'ocre et nulle trace d'injection vasculaire.

Le lobe droit mesurait en longueur 12 à 14 centimètres, autant en largeur ; en épaisseur 2 à 3 centimètres. Le lobe gauche était long de 9 à 10 centimètres, large de 7 à 8, épais de 1 à 2 centimètres.

L'artère hépatique, les veines hépatiques et les branches de la veine porte étaient dans leurs conditions normales. Frerichs a trouvé une fois le volume de l'artère hépatique augmenté ; il a constaté une fois aussi l'existence de cristaux nombreux de tyrosine, ainsi que l'analyse chimique l'a démontré.

Le contenu de la vésicule biliaire varie. Tantôt c'est du mucus grisâtre en petite quantité, tantôt une bile grumeleuse mélangée de petites concrétions noirâtres, neutre et donnant la réaction habituelle du pigment biliaire.

Voies biliaires libres et contenant peu de produits de sécrétion. La muqueuse de ces canaux pâle.

En examinant au microscope le parenchyme du foie, on ne découvre aucune trace des cellules hépatiques. Le parenchyme est constitué par des molécules fines, en partie jaunes, en partie pâles. Çà et là on trouve des conglomérats plus volumineux, d'un brun foncé, à contour irrégulier. On observe encore quelques gouttelettes de graisse et des formations arrondies à contours nets qui ressemblent aux noyaux des cellules du foie.

Parmi ces détritus de l'appareil sécréteur hépatique, on observe de nombreux cristaux en aiguille réunis en gerbes ou en groupes rayonnés (tyrosine).

Il peut arriver que les cellules du parenchyme hépatique soient entièrement détruites et qu'on ne trouve à leur place que de nombreuses gouttelettes de graisse et des molécules d'un jaune brun.

L'altération est-elle moins avancée, les cellules du foie sont en

quelques endroits encore conservées et entourées de gouttelettes graisseuses et de matière colorante. En d'autres points les cellules sont décomposées en un détritus finement grenu.

Frerichs, aux observations duquel ces détails sont empruntés, ajoute que le foie abandonné à lui-même se recouvre bientôt, à la surface de ses coupes, d'une efflorescence grise formée de globules de leucine mélangés çà et là de groupes cristallins de tyrosine.

Lorsque, dans l'affection qui nous occupe, on injecte le foie par les veines hépatiques avec une masse de gélatine colorée en jaune, celle-ci, arrivée jusqu'au centre des lobules, ne pénètre les capillaires que dans une petite étendue, et s'extravase ensuite sans atteindre les vaisseaux périphériques des lobules. Sur des tranches fines de la substance ainsi injectée, on distingue autour de la veine centrale des lobules un bord jaune partiellement injecté, dans lequel on voit des formations cristallines (leucine et tyrosine), tandis qu'en dehors de ce bord est une zone pâle gris bleuâtre, constituée par des gouttes de graisse très-pressées.

Sur des coupes fines de préparations desséchées, Frerichs a pu voir les ramifications de la veine porte complétement remplies; mais là s'arrêtait la matière injectée dont la pénétration ultérieure avait rencontré un obstacle dans le réseau capillaire de lobules.

En général, la matière injectée par les veines hépatiques pénètre jusqu'aux veines centrales des lobules qui paraissent extrêmement dilatées, mais elle ne remplit qu'une petite partie des capillaires du centre des lobules et a bientôt formé des extravasations diffuses.

La rate ne présente pas d'altération digne d'être notée ; tantôt petite (Woillez), tantôt très-tuméfiée (Frerichs), elle conserve sa consistance normale.

Dans les quatre cas d'ictère grave avec autopsie qui aient été observés chez les femmes grosses, les reins offraient les lésions qui caractérisent la maladie de Bright. Flasques et colorés en jaune, ces organes avaient subi la dégénérescence graisseuse. L'urine contenue dans la vessie était riche en matière colorante biliaire ; elle ne renfermait cependant aucun des acides de la bile.

On trouvait dans le péritoine une quantité assez notable pouvant s'élever jusqu'à un litre, d'un liquide rouge brun qui donnait la réaction du pigment biliaire. Il n'y avait pas d'injection apparente dans cette membrane séreuse; mais, dans quelques cas, le mésentère

présentait de nombreuses ecchymoses. Les glandes mésentériques étaient saines.

La muqueuse de l'estomac, plus ou moins ramollie, était couverte par places d'ecchymoses en forme de pointillé. Sur la muqueuse de l'intestin grêle, on voyait parfois çà et là des plaques d'un rouge brun hypostatique nettement limitées. Mais ce qui mérite surtout d'être mentionné, c'est la présence chez deux malades d'une matière noire, pulpeuse, amassée dans l'estomac et se prolongeant dans toute l'étendue de l'intestin grêle jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Ces traces d'un processus hémorrhagique, si des observations ultérieures en confirmaient la manifestation, acquerraient une certaine importance par cette considération que la tendance hémorrhagique a été regardée par certains auteurs comme l'un des attributs essentiels de l'ictère grave.

Le péricarde et la membrane interne du cœur présentent presque toujours à un degré plus ou moins prononcé la teinte ictérique. La sérosité contenue dans le péricarde offre la même coloration. Il y a quelquefois des ecchymoses nombreuses sous l'épicarde. Les cavités droites contiennent des caillots mous, spongieux, d'un rouge brun. Tissu musculaire et valvules à l'état normal.

L'état des voies respiratoires est assez variable. La muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches est dans certains cas pâle, d'autres fois colorée en rouge foncé par des suffusions sanguines très-confluentes. Les poumons sont le siége ou bien d'un œdème très-prononcé ou simplement d'un peu d'engouement hyspostatique.

La dure-mère est manifestement jaunie par l'ictère; les membranes cérébrales internes peu congestionnées, ainsi que la substance encéphalique qui a sa constitution normale. Parfois un peu de sérosité jaune et claire à la base du crâne.

Les causes de l'ictère grave chez les femmes grasses sont les mêmes que celles qui ont été énumérées plus haut pour l'ictère simple.

Mais il en est une que je trouve reproduite dans un très-grand nombre d'observations, et que je tiens d'autant plus à mettre en relief qu'elle a été révoquée en doute par un homme d'un grand savoir et d'un mérite éminent, M. Bardinet (de Limoges); j'entends parler des commotions morales. Cette cause, je la vois mentionnée dans plusieurs des observations de Frerichs, dans toutes celles de Caradec,

dans quelques faits de Carpentier, dans le fait qui a pour auteur F. Daniel, et j'ajouterais presque dans une observation de M. Bardinet lui-même. Le savant professeur de Limoges cite en effet une observation dans laquelle nous voyons une jeune femme enceinte de six mois faire une chute, et quelques jours après être prise d'ictère. Je crois que cette chute, non pas en tant que commotion physique, mais en tant que commotion morale, à raison de la frayeur qu'elle a pû occasionner, a joué un rôle important dans la production de la jaunisse. Je le crois d'autant mieux que la malade a été ultérieurement en proie aux inquiétudes les plus vives, ce qui prouverait une grande facilité à s'impressionner.

Dans les autres cas je trouve mentionnées les circonstances suivantes : longues émotions antérieures (Frerichs), tempérament nerveux, irritable; caractère violent, emporté; crises d'hystérie antérieures; grande impressionnabilité (Caradec), émotion vive (F. Daniel), profonde inquiétude pendant trois heures pour avoir perdu son enfant sur une place publique; chagrins domestiques pendant la grossesse; violent chagrin depuis quinze jours (Carpentier).

N'oublions pas que l'état de grossesse, par la compression qu'il exerce à une certaine époque sur l'appareil biliaire, par les troubles nerveux et gastro-intestinaux qu'il engendre, par les modifications qu'il apporte dans la constitution du sang, est une cause prédisposante de l'ictère au premier chef, et qu'il explique, jusqu'à un certain point, pourquoi dans cet état physiologique la jaunisse est susceptible d'acquérir une gravité qu'elle présente, en temps d'épidémie, beaucoup moins fréquemment en dehors de cet état.

Enfin les épidémies du Palatinat, de la Martinique, de Roubaix et de Limoges, ont démontré quelle place importante il faut assigner à l'épidémicité parmi les causes déterminantes de l'ictère grave. Le mode suivant lequel s'exerce l'action pathogénique de l'épidémicité nous échappe, mais il ne nous répugne nullement de considérer les épidémies d'ictère comme étant déterminées par la présence dans le milieu ambiant d'un ferment morbide spécial, d'un principe toxique, que la respiration fait pénétrer dans le torrent circulatoire, et qui amène une modification du sang et du système nerveux par suite de laquelle la moindre cause occasionnelle, compression mécanique, commotion morale, etc., fait éclater l'ictère.

Si l'évolution de l'ictère grave chez les femmes enceintes n'était

constituée que par la période convulsive ou délirante et la période comateuse, cette affection ne laisserait guère de prise à l'action thérapeutique, d'abord en raison de l'extrême rapidité avec laquelle marchent les accidents, en second lieu en raison de la constance presque absolue avec laquelle ces accidents se sont terminés par la mort. Mais il est une période préparatoire de l'ataxie en quelque sorte, et dans laquelle les malades ne présentent que des troubles fonctionnels peu alarmants. C'est dans le cours de cette période que devront être employés, les uns à titre curatif, les autres à titre préventif, les divers moyens que nous avons indiqués à propos de l'ictère simple. Nous n'y reviendrons pas.

Mais il en est un qui appartient à la prophylaxie, dont l'opportunité a été discutée avec le plus grand talent par M. le docteur Bardinet et qui, à raison des graves questions de déontologie qu'il soulève, ne saurait être passé sous silence : nous voulons parler de l'accouchement prématuré artificiel.

Deux remarques d'une importance capitale ont conduit l'habile directeur de l'école de médecine de Limoges à poser devant l'Académie cette grave question.

La première, c'est que dans les épidémies de Saint-Pierre de la Martinique et de Roubaix, on avait constaté une innocuité à peu près complète de l'ictère en dehors de l'état de grossesse, tandis que les femmes enceintes frappées par la maladie succombaient constamment.

La seconde, c'est qu'on a vu la délivrance faire disparaître tous les accidents avec une merveilleuse rapidité.

Que l'ictère soit sporadique ou épidémique, il est évident qu'il n'y a que la forme maligne pour laquelle on puisse proposer l'accouchement prématuré artificiel ou l'avortement provoqué.

Mais dans la forme maligne il faut distinguer deux époques où l'intervention chirurgicale serait possible, celle dans laquelle l'ictère est encore simple en apparence, et celle qui correspond à l'ataxie proprement dite.

Tant que l'ictère reste simple, il est indiqué de s'abstenir et d'attendre. On ne doit pas agir, même à titre préventif, en l'absence d'un péril certain.

L'ictère devient-il ataxique, c'est alors seulement qu'on peut se demander s'il y a quelque avantage à se débarrasser du produit de la conception.

Je ferai remarquer avec M. Bardinet que la marche rapide de la maladie ne permet guère de compter sur l'efficacité de cette ressource extrême, tant il est parfois difficile, même avec les moyens récemment proposés, de déterminer un avortement immédiat.

En second lieu, si nous interrogeons les faits, nous voyons que, dans les cas où la délivrance naturelle a eu lieu même à une époque assez rapprochée du début de l'ataxie, la mort n'en a pas moins suivi de près l'accouchement. Il est même des observations qui démontrent que l'accouchement prématuré peut s'effectuer alors que l'ictère est encore simple, ce qui n'empêche pas l'explosion ultérieure des accidents ataxiques.

On peut objecter que l'avortement provoqué aurait peut-être une action favorable que n'a pas l'accouchement naturel sur la marche de la maladie. Mais, outre que cela n'est pas démontré, l'avortement provoqué n'a-t-il pas, lui aussi, ses dangers?

Enfin, s'il y a eu des épidémies tellement meurtrières, comme à Roubaix et à Saint-Pierre de la Martinique, que l'invasion de l'ictère était une condamnation sans appel, de la mère et de l'enfant, et que par conséquent l'intervention ne faisait courir aucun risque à ces deux existences, il en est d'autres, comme à Limoges, où l'ictère présente des degrés de gravité très-différents chez les femmes grosses et où l'on ne pourrait guère se prononcer et par conséquent agir qu'à une période où les efforts de l'art sont devenus impuissants.

FIN.